

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

KWARTALNIK ISSN 2082-9876 (PRINT) ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

2018, tom 8, nr 1 (styczeń–marzec)

Index Copernicus (ICV) – 68.85 pkt
MNiSW – 5 pkt



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

ISSN 2082-9876 (PRINT)

ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

KWARTALNIK/QUARTERLY
2018, tom 8, nr 1
(styczeń–marzec)

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health (Piel. Zdr. Publ.) jest kwartalnikiem, w którym są zamieszczane recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe i kazuistyczne obejmujące swoją tematyką m.in.: pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, wybrane aspekty jakości życia chorych, jakości opieki medycznej, geriatrycznej i hospicyjnej, ale również promocję zdrowia, marketing medyczny i zarządzanie w opiece zdrowotnej.

Adres Redakcji

Address of Editorial Office

Zakład Medycznych Nauk Społecznych
Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
tel.: +48 71 784 18 17
e-mail: redakcja.pizp@gmail.com

Adres Wydawcy

Address of Publisher

Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1
50-367 Wrocław

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wrocław 2018

Wersją pierwotną wszystkich opublikowanych
artykułów jest wersja elektroniczna

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

Dominik Krzyżanowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice-Editors-in-Chief

Katarzyna Neubauer
Monika Wójta-Kempa

Redaktorzy tematyczni

Thematic Editors

Józef Binnebesel (tanatopedagogika)
Sylvia Krzemińska (pielęgniarstwo
anestezjologiczne i w intensywnej opiece)
Ewa Kuriata-Kościelniak (organizacja pracy
w pielęgniarstwie)
Dariusz Białas (promocja zdrowia)
Lucyna Sochocka (pielęgniarstwo pediatryczne)
Iwona Taranowicz (socjologia medycyny)
Andrzej M. Fal (zdrowie publiczne)
Grażyna Dębska (pielęgniarstwo środowiska
nauczania i wychowania)
Piotr Krakowiak (pomoc społeczna)
Izabella Uchmanowicz (pielęgniarstwo
kardiologiczne)

Międzynarodowa Rada Programowa

International Advisory Board

Zbigniew Bartuzi (Polska)
Andrea Bratová (Słowacja)
Alicja Chybicka (Polska)
Andrzej M. Fal (Polska)
Tetiana Gruziewa (Ukraina)
Irene Higginson (Wielka Brytania)
Hanna Ignatowicz (USA)
Ewa Jassem (Polska)
Helena Kisvetrová (Czechy)

Sekretariat Redakcji

Editorial Secretariat

Miroslaw Chybicki
Mariusz Czarnecki
Monika Trojanowska
Ewelina Trościanko-Wilk

Agnieszka Sieńko, Monika Urbaniak (prawo
medyczne i ochrony zdrowia)
Maria Szewczyk (pielęgniarstwo chirurgiczne)
Jarosław Błeszyński (pedagogika)
Monika Przestrzelska (położnictwo)
Mariola Głowacka (pielęgniarstwo
europejskie)
Izabela Kaptacz, Marcin Wiśniewski
(pielęgniarska opieka paliatywna)
Piotr Karniej, Edyta Kędra (zarządzanie
w pielęgniarstwie)
Małgorzata Pasek (pielęgniarstwo
onkologiczne)
Mariola Seń (pielęgniarska opieka
długoterminowa)
Jolanta Grzebieluch (marketing medyczny)

Stanisław Kowalik (Polska)
Elżbieta Krajewska-Kułąk (Polska)
Milan Laurinc (Słowacja)
Tobias Meister (Niemcy)
Malcolm Payne (Wielka Brytania)
Zbigniew Rudkowski (Polska)
Biljana Stojanović-Jovanović (Serbia)
Pavel Zikl (Czechy)
Renáta Zoubková (Czechy)

Redaktor statystyczny/Statistical Editor

Anna Felińczak

Redakcja językowa i techniczna/Technical Editorship

Joanna Gudarowska, Aleksandra Król, Paulina Kunicka, Agnieszka Kwiatkowska, Aleksandra Raczkowska

Native speaker artykułów w języku angielskim/English Language Copy Editor

Jason Schock

Patronat honorowy/Honorary patronage



Polityka wydawnicza/Editorial Policy

Czasopismo zamieszcza recenzowane, oryginalne prace badawcze dotyczące pielęgniarstwa i zdrowia publicznego oraz artykuły poglądowe i kazuistyczne. Publikuje ponadto artykuły redakcyjne, listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych, recenzje książek, komunikaty o planowanych kongresach i zjazdach naukowych.

Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w *Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education*, wydanych przez New York Academy of Sciences' Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

Projekt typograficzny: Monika Kołęda, Piotr Gil

Projekt okładki: Monika Kołęda

DTP: Aleksandra Król

Druk i oprawa: EXDRUK

Spis treści

Prace oryginalne

- 5 Maria Janina Kózka, Mieczysława Perek, Agnieszka Kruszecka-Krówka, Edyta Miller
Analiza zatruc u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012
- 11 Anna A. Pecuch, Anna Kołcz-Trzęsicka, Anna Żurowska, Małgorzata Paprocka-Borowicz
Ocena zaburzeń psychomotorycznych u dzieci w wieku 4–6 lat za pomocą testów Sally Goddard Blythe
- 21 Edyta Szydło, Anna Szczypta, Grażyna Dębska
Problemy biopsychospołeczne rodzin sprawujących opiekę nad chorym na stwardnienie rozsiane
- 27 Ewa Kupcewicz, Wojciech Szczypiński, Alina Kędzia
Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek
- 33 Edyta M. Kędra, Waldemar Wiśniewski
Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych
- 39 Ewelina Markowska, Sylwia Węglińska
Analiza wiedzy studentów na temat honorowego krwiodawstwa i ich postaw wobec tego zjawiska
- 47 Joanna Z. Chrobak-Bień, Anna Gawor, Małgorzata Paplaczyk, Anita Gąsiorowska
Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego–Crohna
- 55 Jolanta Grzebieluch, Janina Kulińska
Strona internetowa jako narzędzie komunikacji w zarządzaniu wizerunkiem wrocławskich szpitali

Prace poglądowe

- 61 Anna Mirczak
Role pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie
- 67 Iga J. Gromny
Role witaminy D w chorobie Leśniowskiego–Crohna – przegląd literatury
- 73 Natalia Grzebisz
Zaburzenia odżywiania u biegaczek narciarskich

Contents

Original papers

- 5 Maria Janina Kózka, Mieczysława Perek, Agnieszka Kruszecka-Krówka, Edyta Miller
Analysis of poisonings in children and adolescents hospitalized at the University Children's Hospital in Cracow from 2009 to 2012
- 11 Anna A. Pecuch, Anna Kołcz-Trzęsicka, Anna Żurowska, Małgorzata Paprocka-Borowicz
Psychomotor disorders assesment in 4–6 year-old children with INPP test battery
- 21 Edyta Szydło, Anna Szczypta, Grażyna Dębska
The biopsychosocial problems of families taking care of patients with multiple sclerosis
- 27 Ewa Kupcewicz, Wojciech Szczypiński, Alina Kędzia
Satisfaction with life in the context of professional life of nurses
- 33 Edyta M. Kędra, Waldemar Wiśniewski
Selected aspects of assessing the quality of life of patients with colorectal cancer and their families in the light of own research
- 39 Ewelina Markowska, Sylwia Węglińska
Analysis of knowledge and attitudes of university students towards blood donation
- 47 Joanna Z. Chrobak-Bień, Anna Gawor, Małgorzata Paplaczyk, Anita Gąsiorowska
The impact of sociodemographic and clinical factors on the degree of acceptance of the disease among people with Crohn's disease
- 55 Jolanta Grzebieluch, Janina Kulińska
Website as a communication tool in managing the image of Wroclaw hospitals

Reviews

- 61 Anna Mirczak
The role of a nurse in home care of mechanically ventilated patients
- 67 Iga J. Gromny
The role of vitamin D in Crohn's disease: Literature review
- 73 Natalia Grzebisz
Eating disorders in cross-country skiers

Analiza zatruc u dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012

Analysis of poisonings in children and adolescents hospitalized at the University Children's Hospital in Cracow from 2009 to 2012

Maria J. Kózka^{1,A,C,E,F}, Mieczysława Perek^{1,A,C,D}, Agnieszka Kruszecka-Krówka^{1,B–D}, Edyta Miller^{2,A–C}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

² Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):5–9

Adres do korespondencji

Maria J. Kózka

e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 31.03.2017 r.

Po recenzji: 17.04.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Zatrucia wśród dzieci i młodzieży, obok urazów i utonięć, są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów, stąd stanowią aktualny problem pediatryczny oraz społeczny. Zatrucia, zarówno przypadkowe, jak i zamierzone, są jednym z głównych powodów hospitalizacji dzieci i młodzieży.

Cel pracy. Celem pracy była analiza rodzaju i częstości występowania zatruc przypadkowych i zamierzonych w grupie dzieci i młodzieży leczonych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012.

Materiał i metody. Badania miały charakter prospektywny. Wykorzystano w nich analizę dokumentacji medycznej, którą stanowiły historie chorób 1120 dzieci leczonych z powodu zatruc w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Wyniki. Badania wykazały, że zatrucia miały w większości charakter przypadkowy (61%) i dotyczyły głównie dzieci w wieku przedszkolnym. Substancjami toksycznymi były przede wszystkim leki, tlenek węgla oraz alkohol (22%), a drogą wchłaniania głównie przewód pokarmowy (74,6%). Do następstw zatruc rozpoznanych po przyjęciu do szpitala należały najczęściej utrata przytomności oraz urazy głowy (7,2%). Analiza danych wykazała zależność pomiędzy rodzajem zatruc i rodzajem substancji toksycznej a wiekiem, płcią i miejscem zamieszkania badanych ($p < 0,0001$).

Wnioski. Zmniejszenie częstości występowania zatruc wymaga prowadzenia działań edukacyjnych, którymi powinni być objęci zarówno rodzice i opiekunowie, jak również dzieci i młodzież.

Słowa kluczowe: dzieci, młodzież, zatrucie

DOI

10.17219/pzp/75488

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Poisoning among children and youth is a current problem of pediatric and social. In addition to injuries and drowning poisoning is one of the main causes of death among children and adolescents. Among the reasons of hospital treatment of children and adolescents poisonings play a significant role, both accidental and intentional as a result of a suicide attempt.

Objectives. Aim of this study is to understand the nature and frequency of random and intentional poisonings in children and adolescents treated at the University Children's Hospital in Cracow in the years 2009–2012.

Material and methods. The research was prospective. The study used a method of analysis of medical records, which were histories of 1,120 children treatment for poisoning.

Results. Studies have shown that the most common poisonings were accidental (61%) in nature and concerned children of preschool age. Toxic agent were mostly drugs, carbon monoxide and alcohol (22%), and by means of absorption primarily oral (74.6%). For the consequences of poisoning diagnosed after admission to the hospital were mainly loss of consciousness and head injuries (7.4%). Statistical analysis showed that significant influence on the type of poisoning and type of toxic poisoning causes no age, sex and place of residence of respondents, and the type of poisoning is associated with the type of the measure toxic ($p < 0.0001$).

Conclusions. Poisons most often concerned preschool children and were accidental. Reducing the incidence of poisoning requires the conduct of educational activities, which should be covered by both parents and caregivers as well as children and youth.

Key words: children, adolescents, poisoning

Wprowadzenie

Zatrucie jest zespołem objawów chorobowych wywołanych czynnikami chemicznymi, biologicznymi lub fizycznymi. Postęp cywilizacji, rozwój przemysłu i chemizacja środowiska oraz dostępność nowych używek sprawiają, że wciąż wzrasta liczba substancji toksycznych potencjalnie niebezpiecznych dla człowieka. Zatrucia wśród dzieci i młodzieży mogą mieć dramatyczny przebieg, będąc poważnym zagrożeniem dla ich zdrowia i życia.^{1,2} Z tego względu, jak również z uwagi na częstość ich występowania w okresie rozwojowym, należy uznać, iż stanowią poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczny. Wśród ostrych zatruc wczesnym dzieciństwie dominują przypadkowe, które dotyczą zwłaszcza dzieci w wieku przedszkolnym i wynikają z naturalnej potrzeby poznawania otaczającej rzeczywistości.^{2,3} W grupie dzieci starszych i młodzieży zatrucia mają najczęściej charakter zamierzony, w większości są związane z próbami samobójczymi, a także wynikają z przedawkowania substancji psychoaktywnych oraz nadużywania alkoholu. Skala tych zjawisk systematycznie rośnie i dotyczy coraz młodszych dzieci. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na rozmiar tego problemu jest łatwy dostęp do różnego rodzaju środków odurzających oraz popularność tematu w środkach masowego przekazu.^{2,4,5}

Biorąc pod uwagę ważność zagadnienia, podjęto badania własne, których celem była analiza rodzaju i częstości występowania zatruc wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012.

Wnioski z przeprowadzonych badań mogą przyczynić się do podjęcia działań profilaktycznych i zaplanowania edukacji zdrowotnej obejmującej zadagnienia związane z zatruciami dzieci i młodzieży.

Materiał i metody

Badaniem objęto 1120 dzieci leczonych w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012 z powodu zatruc przypadkowych i zamierzonych. Wiek badanych był zróżnicowany, mieścił się w granicach od 10 dni do 18 lat. Średnia wieku wyniosła 8,76 roku ($SD = 6,18$). Ponad połowę badanych (51%) stanowiły dziewczęta. Większość badanych (66%) mieszkała w mieście.

Badania miały charakter prospektywny. Do zebrania danych wykorzystano analizę dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z powodu zatruc w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w latach 2009–2012, którą stanowiły: historie chorób, karty zleceń i obserwacji oraz wyniki badań. Porównano 1120 dokumentacji medycznych, uwzględniając następujące kryteria: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, okoliczności zatrucia, rodzaj środka będącego przyczyną zatrucia, drogę wniknięcia trucizny, przebieg leczenia oraz następstwa zatrucia. Wyniki badań poddano analizie statystycznej, wykorzystując program IBM SPSS Statistics 20. Zależności między zmiennymi obliczono, stosując test niezależności χ^2 , metodę ANOVA (lub jej odpowiednik nieparametryczny – test Kruskala–Wallisa) oraz test t-Studenta dla prób niezależnych. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

Wyniki

W badanej grupie do zatruc najczęściej dochodziło w I i IV kwartale roku. Przeważały zatrucia o charakterze przypadkowym (61%), będące wynikiem szkodliwego działania tlenu węgla, leków oraz substancji żrących. Celowe nadużycie leków, alkoholu, substancji psychoaktywnych i innych środków stwierdzono u 22% badanych (tabela 1).

Tabela 1. Okoliczności zatruc w badanej grupie

Table 1. Circumstances of poisoning in the study group

Kategorie danych	n = 1120	%
Przypadkowe (tlenek węgla, leki, substancje żrące i in.)	683	61
Nadużycie (alkohol, leki, środki psychoaktywne i in.)	248	22
Próba samobójcza (leki, alkohol wraz z lekami i in.)	164	15
Eksperyment (dopalacze, sprężone powietrze i in.)	18	2
Pożar	4	0
Inne (lek wczesnoporonny, brak danych)	3	0
Razem	1120	100

Substancjami toksycznymi najczęściej powodującymi zatrucia były leki (30,4%), tlenek węgla (18,9%) oraz alkohol (15,4%). Najwyższe stężenie alkoholu we krwi wyniosło 3,7%, a karboksyhemoglobiny we krwi 46,7%. Do wniknięcia substancji toksycznej dochodziło głównie przez przewód pokarmowy (74,6%) oraz drogą wziewną (24%). W chwili przyjęcia do szpitala ciężki stan kliniczny stwierdzono u 10,8% badanych, a objawy zatrucia u 50,6% z nich. Ciężki stan był przede wszystkim wynikiem utraty przytomności oraz urazu głowy (7,2%), a także zachyłstowego zapalenia płuc (3,4%). Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym u 26,6% badanych przeprowadzono konsultację i badanie toksykologiczne, badania obrazowe, a także monitorowano podstawowe funkcje życiowe. W trakcie hospitalizacji stan 40,5% badanych wymagał przeprowadzenia specjalistycznych konsultacji oraz badań, a także wdrożenia leczenia farmakologicznego, natomiast u 55,2% pacjentów konieczne było tylko monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i obserwacja, bez badań lub zabiegów specjalistycznych. Ogólny stan zdrowia w dniu wypisu w przypadku 49,5% badanych był określony jako dobry i nie wymagali oni dalszego leczenia. Kontynuacji leczenia w poradniach specjalistycznych, głównie psychologicznej i psychiatrycznej, pomimo dobrego ogólnego stanu zdrowia w dniu wypisu wymagało 41,9% przyjętych do szpitala.

Analiza danych wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy rodzajem zatrucia a wiekiem badanych ($p < 0,0001$). Średnia wieku dzieci, u których wystąpiły zatrucia przypadkowe, była istotnie niższa (4,8 roku) od średniej wieku dzieci hospitalizowanych z powodu zatruc o charakterze zamierzonym (15,03 roku).

Istotny statystycznie związek stwierdzono pomiędzy płcią a rodzajem zatrucia u badanych ($p < 0,0001$). Zatrucia przypadkowe dominowały zarówno wśród chłopców (67,5%), jak i dziewcząt (55,4%), natomiast zatruc zamierzonych było więcej wśród dziewcząt (44,6%) w porównaniu z chłopcami (32,5%).

Badania wykazały zależność pomiędzy rodzajem zatrucia a miejscem zamieszkania badanych ($p < 0,0001$). Zatrucia przypadkowe zdarzały się znacznie częściej na wsi

(71,4%) niż w mieście (56,2%), natomiast zamierzone występowały częściej wśród dzieci mieszkających w mieście (43,8%) niż wśród dzieci zamieszkujących wieś (28,6%).

Wyniki odzwierciedlają także istotne statystycznie zależności pomiędzy rodzajem środka powodującego zatrucia a wiekiem badanych ($p < 0,0001$). Stwierdzono, że w grupie dzieci starszych (średnia wieku ok. 15 lat) do zatruc dochodziło w wyniku spożycia alkoholu w połączeniu ze środkami psychoaktywnymi, samego alkoholu, dekstrometofanu (np. Acodinu), dopalaczy, a także sprężonego powietrza. W grupie dzieci w wieku 4–11 lat przyczyną zatruc było najczęściej spożycie leków, grzybów, roślin, rtęci lub działanie gazów. W przypadku dzieci najmłodszych (średnia wieku < 4 lat) jako przyczynę zatruc rozpoznawano najczęściej spożycie środków chemicznych używanych w gospodarstwie domowym oraz rolnym, w tym substancji żrących, rozpuszczalników organicznych, pestycydów lub glikoli. Istotne różnice wykazano pomiędzy rodzajem substancji wywołującej zatrucie a płcią badanych ($p < 0,0001$). U dziewcząt dochodziło do zatrucia przeważnie po przyjęciu leków (37,7%), natomiast u chłopców z powodu spożycia środków chemicznych używanych w gospodarstwie domowym, w tym substancji żrących (15,9%).

Badania wykazały także, iż w grupie dzieci z miast istotnie częściej dochodziło do zatrucia w wyniku spożycia alkoholu (17,2%) lub narażenia na działanie tlenu węgla (19,6%). Wśród dzieci ze wsi do zatrucia dochodziło w większości w wyniku spożycia środków chemicznych używanych w gospodarstwie domowym i rolnym (22,5%).

Badania własne wykazały istotne statystycznie różnice między rodzajem substancji wywołującej zatrucie a stanem klinicznym badanych po przyjęciu do szpitala ($p < 0,0001$). W przypadku zatrucia alkoholem u 32,2% badanych stan ogólny był ciężki, a objawy zatrucia występowały u 22,2%. Po zażyciu leków u 38,7% badanych stwierdzono stan ogólny dobry, w przypadku zatrucia tlenkiem węgla w stanie dobrym było 18,5% pacjentów, natomiast objawy zatrucia występowały u 20,8% osób.

Wykazano również istotne statystycznie różnice między rodzajem środka będącego przyczyną zatrucia a typem zatrucia ($p < 0,0001$). Do zatruc przypadkowych dochodziło najczęściej poprzez wchłonięcie tlenu węgla (31,1%) i zażycie leków (26,2%). W przypadku zatruc zamierzonych czynnikami toksycznymi był głównie alkohol (39%) oraz leki (37,2%). Szczegółowe dane przedstawione są w tabeli 2. Analiza wyników wykazała istotne statystycznie różnice między rodzajem zatrucia a stanem zdrowia badanych w dniu wypisu ze szpitala ($p < 0,0001$). W przypadku zatruc przypadkowych częściej stwierdzano dobry stan ogólny i nie podawano dalszych zaleceń (62,9%). U dzieci leczonych z powodu zatruc zamierzonych, pomimo często dobrego stanu ogólnego w chwili wypisu ze szpitala, istniały wskazania do kontynuacji leczenia na oddziale specjalistycznym (12%) lub w poradni specjalistycznej (59,4%).

Tabela 2. Rodzaj środka będącego przyczyną zatrucia w badanej grupie z podziałem na typ zatrucia

Table 2. Agent that caused the poisoning in the study group with regard to the kind of poisoning

Rodzaj środka trującego	Rodzaj zatrucia				Ogółem		p
	przypadkowe		zamierzone		n	%	
	n	%	n	%			
Dekstrometrofan (Acodin)	0	0,0	38	8,8	38	3,4	<0,0001
Alkohol	3	0,4	169	39,0	172	15,4	
Alkohol + środki psychoaktywne	0	0,0	12	2,8	12	1,1	
Dopalacze	0	0,0	6	1,4	6	0,5	
Gazy inne	30	4,4	0	0,0	30	2,7	
Glikole	3	0,4	0	0,0	3	0,3	
Grzyby	25	3,6	1	0,2	26	2,3	
Inne	0	0,0	3	0,7	3	0,3	
Leki	180	26,2	161	37,2	341	30,4	
Pestycydy	30	4,4	0	0,0	30	2,7	
Rośliny	28	4,1	7	1,6	35	3,1	
Rozpuszczalniki organiczne	31	4,5	0	0,0	31	2,8	
Rtęć	4	0,6	0	0,0	4	0,4	
Sprężone powietrze	0	0,0	8	1,8	8	0,7	
Substancje psychoaktywne	1	0,1	28	6,5	29	2,6	
Substancje żrące	56	8,2	0	0,0	56	5,0	
Środki chemiczne używane w gospodarstwie domowym	82	11,9	0	0,0	82	7,3	
Tlenek węgla	214	31,1	0	0,0	214	19,1	
Ogółem	687	100,0	433	100	1120	100,0	

Omówienie

Zatrucia wśród dzieci i młodzieży stanowią w ostatnich latach poważny problem, zarówno medyczny, jak i społeczny, będący jedną z najczęstszych, obok urazów i utonięć, przyczyn zagrożeń życia i zdrowia u dzieci. Postęp cywilizacji i rozwój przemysłu w znacznym stopniu ułatwiają dostęp do substancji toksycznych powodujących zatrucia niezamierzone. Niepokoi liczbą zatruć zamierzonych w celach samobójczych, które najczęściej dotyczą młodzieży w trudnym okresie adolescencji. Duża dostępność niebezpiecznych używek, substancji psychoaktywnych, w tym dopalaczy o niezbadanym i nieznanym składzie, ale także propagowanie ryzykownych zachowań przez atrakcyjne dla młodzieży fora internetowe potęgują skalę zjawiska.^{1,2}

Analiza dokumentacji dzieci hospitalizowanych z powodu zatruć w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w latach 2009–2012 wykazała częste występowanie zatruć o charakterze przypadkowym (61%), ale także znaczny udział działań z intencją samobójczą (15%). Głównymi substancjami powodującymi zatrucia były leki (30,4%), następnie tlenek węgla (18,9%) oraz alkohol (15,4%). Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły dzieci w przedziale wieku 2–5 lat. Rozkład płci był porównywalny. Najczęstszą drogą wniknięcia substancji toksycznej był

przewód pokarmowy (74,6%). Wyniki badań dotyczące rodzajów zatruć oraz substancji powodujących zatrucia są zbliżone do rezultatów analiz przedstawionych przez Krawiec et al.¹ Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w Klinice Pediatrii w Lublinie w 2009 r.¹ Wyniki badań własnych wskazują na występowanie następstw zatruć w postaci utraty przytomności (7,2% – głównie po zatruciu alkoholem), zachłystowego zapalenia płuc (3,4%), chemicznego oparzenia przewodu pokarmowego (2,1%) oraz urazów głowy. Podobne obserwacje poczynili Matuszczak et al., opisując oparzenia chemiczne przewodu pokarmowego jako następstwo zatruć wśród badanych przez nich dzieci.⁶ Wyniki badań własnych wykazały istotną statystycznie zależność między rodzajem zatrucia a wiekiem badanych. Stwierdzono, że średnia wieku dzieci, które zatręły się przypadkowo, była istotnie niższa od średniej wieku dzieci, które celowo zażyły substancję toksyczną. Podobne wyniki przedstawiono w opracowaniu Zielińskiej-Dudy et al., gdzie zatrucia o charakterze przypadkowym dotyczyły głównie dzieci w wieku przedszkolnym.²

Kolejną zmienną mającą wpływ na rodzaj zatrucia u dzieci było ich miejsce zamieszkania. Wykazano, że zatrucia przypadkowe znacznie częściej dotyczyły dzieci mieszkających na wsi, natomiast zatrucia o charakterze zamierzonym – dzieci z miast. W grupie badanych

pochodzących z miast częściej dochodziło do zatruc alkoholem i tlenkiem węgla, natomiast u dzieci z terenów wiejskich częściej rozpoznawano zatrucia środkami używanymi w gospodarstwie domowym i rolnym. Odmienne wyniki uzyskali Pawłowska-Kamieniak et al., według których zatrucia przypadkowe częściej występowały wśród mieszkańców miast.³

Wyniki badań własnych potwierdziły, że wśród nastolatków najczęstszymi substancjami wywołującymi zatrucia były alkohol, środki psychoaktywne, w tym dekstrometorfan i dopalacze, a także sprężone powietrze. U dzieci młodszych, poniżej 4. r.ż., jako najczęstszą przyczynę zatruc wskazano spożycie środków używanych w gospodarstwie domowym, w tym rozpuszczalników organicznych oraz substancji żrących, a także leków. Zbliżone wyniki badań przedstawiono w opracowaniach Nazarko i Bielskiej⁷ oraz Kamińskiej et al.,⁸ w których zwrócono uwagę na niepokojący fakt sięgania po alkohol przez dzieci i młodzież w szkołach gimnazjalnych oraz wpływ czynników społecznych na rozmiar tego zjawiska. Podobną zależność wykazali Łukasik-Głębocka et al., których wyniki badań potwierdziły coraz częstsze sięganie przez młodzież gimnazjalną po substancje psychoaktywne, w tym dekstrometorfan.⁹

Wnioski

Niniejsze opracowanie dostarcza informacji na temat częstości zatruc u dzieci oraz charakteru zmian, jakie dokonują się w aspekcie tego zjawiska. Potwierdza także, że jest to poważne zagrożenie dla zdrowia i życia w okresie rozwojowym. Wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy wskazują na konieczność stałego doskonalenia się w zakresie toksykologii oraz profilaktyki zatruc, pierwszej pomocy w zatruciach oraz psychologii wieku rozwojowego wśród członków zespołów terapeutycznych świadczących holistyczną opiekę dzieciom i młodzieży. Za niezbędne należy także uznać prowadzenie szkoleń dla rodziców oraz opiekunów. Niemniej istotne jest zapewnienie wszechstronnej edukacji w tej kwestii dzieciom i młodzieży, z uwzględnieniem ich specyfiki rozwojowej oraz zagrożeń z niej wynikających.

Piśmiennictwo

1. Krawiec K, Miedziewicka M, Pac-Kożuchowska E. Poisonings among children: Current problem in paediatric practice. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków*. 2003;9(3):293–297.
2. Zielińska-Duda H, Koszczyńska J, Czerwionka-Szaflarska M. Analiza zatruc chemicznych u dzieci i młodzieży. *Ped Współ Gastroenterol Hepatol Żyw Dziecka*. 2011;13(4):218–223.
3. Pawłowska-Kamieniak A, Mroczkowska-Juchkiewicz A, Gołyska D, Pac-Kożuchowska E. Analiza społeczno-kliniczna przypadków upojenia alkoholowego u dzieci. *Probl Hig Epidemiol*. 2011;92(3):688–691.
4. Woźniak E, Talarowska M, Orzechowska A, Florkowski A, Gałecki P. Rozpowszechnienie prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży. *Pol Merk Lek*. 2013;34(201):154–157.
5. Grajda A, Kułaga P, Wójcik P, Jakubowska-Winecka A, Gurzkowska B, Napieralska E. Regionalne zróżnicowanie umieralności młodzieży z powodu samobójstw w Polsce w latach 1999–2006. *Probl Hig Epidemiol*. 2009;90(4):631–636.
6. Matuszczak E, Kruk J, Dębek W. Oparzenia chemiczne – skutki braku nadzoru nad małymi dziećmi. *Pediatr Pol*. 2007;82(4):349–351.
7. Nazarko K, Bielska DE. Picie alkoholu – częste zachowanie ryzykowne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Przeł Lek*. 2012;69(10):878–883.
8. Kamińska H, Zachurzok-Buczyńska A, Gawlik A, Małecka-Tendera E. Zatrucia alkoholem etylowym wśród dzieci i młodzieży hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach w latach 2000–2010 – doniesienia wstępne. *Przeł Lek*. 2012;69(10):777–780.
9. Łukasik-Głębocka M, Sommerfeld K. Ostre zatrucia dekstrometorfanem w materiale Oddziału Toksykologii i Chorób Wewnętrznych w Poznaniu. *Przeł Lek*. 2009;66(10):853–856.

Ocena zaburzeń psychomotorycznych u dzieci w wieku 4–6 lat za pomocą testów Sally Goddard Blythe

Psychomotor disorders assesment in 4–6 year-old children with INPP test battery

Anna A. Pecuch^{1,A–F}, Anna Kołcz-Trzęsicka^{1,A,C,E,F}, Anna Żurowska^{2,E,F}, Małgorzata Paprocka-Borowicz^{1,E,F}

¹ Zakład Rehabilitacji w Dysfunkcjach Narządu Ruchu, Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

² Zakład Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):11–20

Adres do korespondencji

Anna A. Pecuch
e-mail: aniapecuch@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Podziękowania

Fundacji „Promyk Słońca”
Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjnego we Wrocławiu

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.02.2017 r.

Po recenzji: 4.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Problemy ruchowe dzieci z zaburzeniami psychomotorycznymi dotyczą najczęściej czucia głębokiego i zdolności równoważnych. Jednym ze sposobów określania dojrzałości neuromotorycznej dziecka jest analiza przetrwałych odruchów prymitywnych (noworodkowych). Sally Goddard Blythe stworzyła zestaw testów neuromotorycznych sprawdzających występowanie niezintegrowanych odruchów pierwotnych oraz zdolności psychomotorycznych, głównie równoważno-koordynacyjnych, u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Cel pracy. Nadrzędnym celem pracy była ocena integracji odruchów pierwotnych oraz możliwości kontroli równowagi i umiejętności ruchowych u dzieci w wieku 4–6 lat ze stwierdzonymi zaburzeniami psychoruchowymi. Badania dotyczyły również różnic w wynikach w zależności od wieku oraz płci dzieci.

Materiał i metody. Badaniem została objęta grupa 75 dzieci ze stwierdzonymi problemami zdrowotnymi związanymi z ich rozwojem. Grupę podzielono ze względu na wiek na 3 równe podgrupy: I – 4-latków, II – 5-latków i III – 6-latków. Wyniki analizowane były także według podziału na płeć (grupy A i B). Sprawność psychoruchową dzieci z grupy badanej oceniono za pomocą zestawu testów INPP. Na całe badanie składało się wykonanie prób oceniających obecność odruchów przetrwałych oraz testów równoważnych i związanych z umiejętnościami ruchowymi.

Wyniki. Zaobserwowano, iż wyniki świadczące o występowaniu umiarkowanych, znacznych lub całkowitych deficytów równoważnych najczęściej osiągnęte były w próbie Romberga z zamkniętymi oczami, teście przeciwnego palca i kciuka oraz teście wykazującym TOB w pozycji wyprostnej. Grupę badaną podzieloną ze względu na wiek istotnie, na poziomie $p < 0,05$, różnicowały wyniki testu przekraczania linii środkowej 1, testu przeciwnego palca i kciuka oraz ATOS. Istotne różnice wystąpiły pomiędzy 4-latkami a 6-latkami. Wykazano brak różnic istotnych statystycznie w przypadku podziału na płeć.

Wnioski. Zestaw testów diagnostycznych zaproponowanych przez Goddard Blythe jest użytecznym narzędziem diagnostycznym, którego wykorzystanie powinno znaleźć szersze zastosowanie we wczesniej diagnostyce dziecięcej.

Słowa kluczowe: rozwój psychoruchowy, metoda Sally Goddard Blythe, odruchy przetrwałe, integracja odruchów pierwotnych, równowaga

DOI

10.17219/pzp/75487

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Proprioception and balance are to most common motor problems in children with psychomotor disorders. One of the methods of testing the neuromotor maturity in children is examining the presence of persistent primitive (characteristic for newborns) reflexes. Sally Goddard Blythe developed a neuromotor tests battery that examines the presence of unintegrated primary reflexes in kindergarten and school children, as well as their psychomotor skills, taking into account primarily the balance–coordination aspects.

Objectives. The aim of this study was to evaluate the primary reflexes integration in children aged 4–6 years with psychomotor disorders and their control of balance and motor skills.

Material and methods. Seventy-five children diagnosed with medical problems affecting their development were examined. The group was divided based on age into 3 equal subgroups of 4-, 5- and 6-year olds. Sex-dependent analysis was performed. The psychomotor skills in children from the analyzed group were evaluated with the INPP test set (The Institute for Neuro-Physiological Psychology in Chester, UK).

Results. Current physical health condition and mobility of patients were significantly worse than before the fracture ($p < 0.001$). Their health condition required the help of other people significantly more often than before the fracture ($p < 0.001$). The intensity of pain was significantly lower than immediately after the fracture ($p < 0.001$). The emotional condition of the patients was significantly better than after the fracture ($p < 0.001$).

Conclusions. The set of diagnostic tests proposed by Goddard Blythe is a useful diagnostic tool that should be used more often in the early diagnosis of children.

Key words: psychomotor development, Sally Goddard Blythe method, persistent reflexes, primitive reflexes integration, balance

Wprowadzenie

Najczęstszymi problemami ruchowymi występującymi u dzieci z zaburzeniami psychomotorycznymi różnego pochodzenia są te związane z czuciem głębokim.¹ Pojęcie to, nazywane również propriocepcją lub kinestezją, dotyczy orientacji ułożenia poszczególnych części ciała względem siebie i w przestrzeni. Proprioceptory (receptory kinestetyczne) rozmieszczone są głównie w ścięgnach, więzadłach, torebkach stawowych oraz mięśniach. Ich wrażliwość na ucisk, rozciągnięcie, ruch oraz ustawienie decyduje o możliwości odbierania przez mózg informacji o napięciu mięśniowym i położeniu poszczególnych części ciała względem siebie oraz otoczenia bez kontroli wzroku. Nieprawidłowe działanie tego zmysłu uniemożliwia rozwój wyższych czynności ruchowych związanych ze schematem własnego ciała. Zaburzony jest wówczas proces planowania i prowadzenia ruchu, koordynacja pracy poszczególnych mięśni oraz ich napięcia. Obniżone zdolności równoważno-koordynacyjne u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym stanowią około 60% wszystkich diagnozowanych u nich zaburzeń.² Część objawów można rozpoznać już na bardzo wczesnym etapie rozwoju człowieka.^{3,4} Umiejętności, które powinny być opanowane na poszczególnych etapach rozwoju, są ściśle określone przez normy, skale oraz testy stworzone na podstawie obserwacji i analizy spontanicznej aktywności ruchowej dziecka. Wykazują one, czy rozwój dziecka przebiega prawidłowo i harmonijnie, czy jest zaburzony.⁴

Jednym ze sposobów określania dojrzałości neuromotorycznej dziecka jest zbadanie u niego przetrwałych odruchów prymitywnych (noworodkowych).⁵ Zdrowe dziecko rodzi się z programem pierwotnych odruchów wrodzonych – automatycznych i stereotypowych reakcji rucho-

wych. Centrum ich kontroli znajduje się na poziomie rdzenia kręgowego oraz pnia mózgu. Odruchy noworodkowe umożliwiają przetrwanie pierwszych tygodni życia w nowym środowisku. Na poszczególnych etapach okresu niemowlęcego (1. r.ż.) każdy odruch pierwotny pełni określoną rolę w przygotowaniu dziecka do osiągnięcia dojrzałości motorycznej.⁶ Równocześnie z opanowaniem przez dziecko świadomego wykonywania umiejętności motorycznej, którą generował dany odruch, powinien on zostać zintegrowany z ośrodkowym układem nerwowym (wygaszony). Wygaszenie polega na powstrzymaniu wykonywania czynności związanej z odruchem pierwotnym w sposób automatyczny. Odruchy integrują się w odpowiedniej kolejności w sposób ściśle zaprogramowany, dzięki czemu dziecko w naturalny sposób przechodzi na coraz wyższe poziomy funkcjonalne rozwoju psychomotorycznego. Ośrodkiem kontroli postawy i koordynacji ruchów świadomych jest kora mózgowa. Wraz z rozwojem dziecka wypiera ona sterowanie niższych ośrodków nerwowych. Dzięki temu możliwe staje się powstawanie coraz bardziej złożonych form neuronalnych struktur mózgu, a tym samym świadomej kontroli reakcji motorycznych. Odruchy pierwotne, które pozostają znacznie aktywne powyżej 6.–12. miesiąca życia, są wyrazem nieprawidłowości w kształtowaniu się układu nerwowego. Niemożliwa staje się wówczas skuteczna integracja ze środowiskiem, gdyż przedłużająca się obecność odruchów noworodkowych powstrzymuje rozwój dziecka i skutkuje każdorazowym wysiłkiem w podejmowaniu codziennych czynności życiowych wymagających sprawnego i zintegrowanego działania układu nerwowego.⁷

O wpływie występowania niezintegrowanych odruchów pierwotnych u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym na ich zdolności psychomotoryczne piszą m.in. Goddard Blythe, Grzywniak oraz inni autorzy.^{5,8–13} U dzieci w wie-

ku przedszkolnym i szkolnym objawy, takie jak: trudności w utrzymaniu równowagi, niezdarność ruchowa (zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej), brak poczucia rytmu oraz orientacji czasowo-przestrzennej, unikanie zabaw ruchowych z elementami biegania, skakania, rzucaniem i kopaniem piłki są bardzo wyraźnym sygnałem ostrzegawczym dla opiekunów i rodziców. Zaburzenia tego typu mogą świadczyć o obecności i wpływie niezintegrowanych odruchów pierwotnych na funkcjonowanie dziecka. Diagnozowanie w sposób nietrafny przyczyn zaburzeń psychomotorycznych dzieci w wieku przedszkolnym może stać się powodem późniejszych trudności w pełnym uczestnictwie w edukacji szkolnej. Problemy z nauką pisanie i czytania, liczeniem oraz rozumieniem poleceń, ekspresją plastyczną i manualną, niechęć do sportu i wysiłku fizycznego to najczęstsze powody późnego poszukiwania mechanizmów zakłócających funkcjonowanie dziecka, które ukończyło 7. r.ż. Brak możliwości eksplorowania własnych zasobów oraz efektywnych interakcji z otoczeniem u dzieci w wieku szkolnym to niestety nierzadko skutki przerwanej w okresie wczesnego dzieciństwa w pełni prawidłowego rozwoju psychomotorycznego.¹⁴

W 1996 r. w Chester opracowany został przez Sally Goddard Blythe *Zestaw testów przeznaczony dla dzieci w wieku 4–7 lat stosowany w ramach programu ćwiczeń integrujących INPP* (The Institute for Neuro-Physiological Psychology). Zawiera on pakiet przesiewowych testów diagnostycznych pozwalających określić, u których dzieci obecność zaburzeń psychoruchowych może być związana z niedojrzałością neuromotoryczną i występowaniem odruchów przetrwałych.¹⁵ W diagnostyce i rehabilitacji pediatrycznej zawarte w opisanym arkuszu testy oceny zdolności równoważno-koordynacyjnych znane są od dawna, jednak wciąż nie jest to powszechnie wykorzystywana w Polsce metoda diagnostyczna. Sposoby oceny odruchów przetrwałych opisują zarówno Goddard Blythe,⁹ jak i Masgutowa.¹⁶ Obie podkreślają związek odruchów noworodkowych z nieprawidłową pracą struktur (narządu przedśionkowego, mózdzku oraz ośrodkowego układu nerwowego) odpowiadających za zdolności równoważne, koordynacyjne i percepcyjne dziecka.

Według Goddard Blythe ruch oraz kontrola nad nim pełnią główną rolę w procesie uczenia się, rozwoju mowy oraz zachowań społecznych. Funkcjonowanie dziecka na coraz wyższym poziomie rozwoju intelektualnego (wkraczającym już w etap nauki wczesnoszkolnej) zależy od stopnia zautomatyzowania czynności psychomotorycznych.⁹ Dziecko uczy się kontroli nad własnym ciałem od pierwszych dni życia. Kranowitz umiejętność, która umożliwia przyswajanie wiedzy szkolnej – pozostanie na pewien czas nieruchomym – określa najbardziej zaawansowaną formą ruchu, wymagającą całkowitego zintegrowanego działania struktur równoważnych i ośrodkowego układu nerwowego.¹⁷ Zdolności równoważne ciała doskonałą się bowiem wraz z zaawansowaniem rozwoju motorycznego.^{18,19} Badania autorów zajmujących się tematyką rozwoju

dziecka dowodzą, iż na osiągnięcia intelektualne dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym największy wpływ mają wskaźniki motoryczne, takie jak równowaga i koordynacja.^{9,20} Umożliwiają one wykształcenie lateralizacji ciała oraz integracji wzrokowo-ruchowej.²⁰ Brak optymalnej, automatycznej kontroli nad umiejętnościami motorycznymi oraz równowagą skutkuje negatywnym wpływem na procesy poznawcze dziecka.⁹ Oznacza to, iż zaburzony może być proces odbierania i przekształcania informacji z otoczenia, a także projektowania i wyrażania reakcji zwrotnych. Sękowska zależność między intelektualno-emocjonalnym a motorycznym rozwojem dziecka nazywa „prawem współzależności psychiki i motoryki”.²¹ Koncepcja rozwoju zintegrowanego, mówiąca o tym, iż fizyczne oraz emocjonalno-poznawcze aspekty rozwojowe są ze sobą kompleksowo powiązane i nie powinny być rozpatrywane osobno, potwierdza powyższe prawidłowości oraz podkreśla ich znamienne znaczenie dla efektywności edukacji dziecka.²⁰

Nadrzędnym celem badania była ocena neuromotoryczna dzieci w wieku 4–6 lat ze stwierdzonymi problemami zdrowotnymi z uwzględnieniem obecności odruchów przetrwałych. Autorzy niniejszego badania postanowili również odpowiedzieć na następujące pytania:

- Jak u dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi zmieniają się umiejętności równoważno-koordynacyjne oraz poziom integracji odruchów przetrwałych w odniesieniu do ich wieku?
- Czy istnieją różnice w poziomie rozwoju umiejętności równoważno-koordynacyjnych oraz integracji odruchów przetrwałych u dzieci w wieku 4–6 lat wynikające z płci?
- Który z odruchów pierwotnych najczęściej występował wśród respondentów?
- Która z prób równoważnych sprawiała badanym dzieciom największe trudności?

Dodatkowym celem badań była optymalizacja i wyznaczenie celów terapii grupowej – zajęć prowadzonych w placówce diagnostyczno-rehabilitacyjnej „Promyk Słońca”, w których uczestniczyli wszyscy respondenci. Badanie dzieci pod kątem występowania u nich m.in. odruchów przetrwałych służyło poszerzeniu informacji o stanie ich zdrowia.

Materiał i metody

W badaniach udział wzięło łącznie 75 dzieci będących w roku szkolnym 2015/2016 pod opieką terapeutyczną Fundacji „Promyk Słońca” Centrum Diagnostyczno-Rehabilitacyjnego we Wrocławiu. Rodzice, których dzieci zostały poddane badaniom, wyrazili na to pisemną zgodę. Zostali oni poinformowani o nieinwazyjnym charakterze testów oraz zgodzie Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym na przeprowadzenie projektu (nr KB-541/2015).

W grupie badanej było 31 (41,33%) dziewczynek (podgrupa A) i 44 (58,67%) chłopców (podgrupa B). Dzieci zostały podzielone także na trzy podgrupy badane, w których kryterium klasyfikacyjne stanowił wiek. Wszystkie dzieci miały ukończony 4., zaś niezakończony 7. r.ż. Struktura grup wiekowych dzieci wyglądała następująco:

- I podgrupa (4-latki) – dzieci, które ukończyły 4. r.ż.;
- II podgrupa (5-latki) – dzieci, które ukończyły 5. r.ż.;
- III podgrupa (6-latki) – dzieci, które ukończyły 6. r.ż.

Podgrupy wiekowe liczyły po 25 przedszkolaków (tabela 1).

Tabela 1. Liczebność dzieci z grupy badanej oraz procentowy rozkład płci w wybranych grupach wiekowych

Table 1. The number of children from the analyzed group and the percentage distribution of sexes in the selected age groups

Płeć		4-latki	5-latki	6-latki	p
Dziewczynka	n	10	10	11	0,9465
	%	40	40	44	
Chłopiec	n	15	15	14	
	%	60	60	56	

Do problemów rozwojowych podopiecznych Fundacji „Promyk Słońca”, którzy zostali zakwalifikowani do badań, należały:

- opóźnienie w ogólnym rozwoju ruchowym przejawiające się m.in. niezręcznością ruchów, brakiem precyzji i płynności w czynnościach ruchowych, podwyższonym lub obniżonym napięciem mięśniowym;
- zaburzenia motoryki małej: opóźniony rozwój sprawności manualnych;
- zaburzenia percepcji wzrokowej: ograniczenia analizy i syntezy obrazów, przejawiające się m.in. trudnościami w rysowaniu, odwzorowywaniu kształtów, układaniu układanek;
- zaburzenia percepcji słuchowej: brak lub nieprawidłowe reakcje na polecenia słowne;
- zaburzenia mowy: opóźniony rozwój mowy, ubogie słownictwo, problemy z artykulacją etc.;
- opóźniony rozwój poznawczy: spowolnienie procesów poszukiwania i zdobywania nowych umiejętności oraz przyswajania nowych wiadomości;
- zaburzenia emocjonalne: trudności rozwojowe dziecka generujące frustrację, nadmierna lub zmniejszona aktywność psychoruchowa.

Rodzicom dzieci uczestniczących w indywidualnych terapiach: ruchowych, logopedycznych, psychologicznych oraz integracji sensorycznej placówka „Promyk Słońca” oferuje również udział w uzupełniającej terapii grupowej. Udział w zajęciach jest dobrowolny. Każdy pacjent do ukończenia 7. r.ż. może w nich uczestniczyć raz w tygodniu przez 45 min. Uczestnictwo w terapii grupowej stanowiło jedno z podstawowych kryteriów włączenia do grupy badanej. Każdorazowo zajęcia z te-

rapii grupowej prowadził zespół 2 terapeutów dziecięcych: fizjoterapeuta oraz psycholog lub pedagog specjalny. Niniejsze badania koordynowała osoba będąca jednym z fizjoterapeutów zaangażowanych w terapię grupową na terenie placówki, posiadająca uprawnienia do badań diagnostycznych za pomocą *Zestawu testów przeznaczonych dla dzieci w wieku 4–7 lat stosowanych w ramach programu ćwiczeń integrujących INPP* otrzymanych na szkoleniu prowadzonym przez instruktorów INPP Polska. Każde dziecko zostało przed badaniem poinformowane o sytuacji, w której miało wziąć udział i odpowiednio do niej przygotowane. Pacjenci uczestniczyli w badaniach indywidualnie i świadomie. Ważnym elementem był zapewniający swobodę ruchów ubiór. Dzieci wykonywały testy bez obuwia i skarpet. W czasie ich trwania znajdowały się w sali do terapii grupowej sam na sam z osobą przeprowadzającą badanie. Łączny czas wykonania wszystkich testów dla każdego dziecka wynosił 15–20 min.

Każde przebadane dziecko posiadało aktualne skierowanie lekarskie z problemem zdrowotnym określonym zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10).²² Rozpoznanie oznaczone symbolem R62, które definiuje się jako „brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizjologicznego”, posiadało 63 (84%) dzieci. U 10 (13,3%) dzieci postawiono rozpoznanie F80, czyli „specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka”, zaś u 1 (1,3%) dziecka na skierowaniu widniał symbol F84 („całościowe zaburzenie rozwojowe”) oraz G80 („mózgowe porażenie dziecięce”).

Z uwagi na cel badań (określenie zaburzeń neuromotorycznych u dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami psychoruchowymi, biorących jednocześnie udział w tej samej terapii grupowej, nie zaś u dzieci z wybraną jednostką chorobową) niemożliwe było wykluczenie z nich którejkolwiek dziecka ze względu na prezentowany poziom zaburzeń (tabela 2).

Tabela 2. Kryteria włączenia do badań i wykluczenia z nich

Table 2. Inclusion and exclusion criteria

Kryterium włączenia	Kryterium wykluczenia
<ul style="list-style-type: none"> • pisemna zgoda na udział dziecka w badaniach wyrażona przez rodzica lub prawnego opiekuna • ukończony 4. r.ż., zaś niezakończony 7. r.ż. • bycie pacjentem Fundacji „Promyk Słońca” we Wrocławiu • posiadanie aktualnego skierowania lekarskiego • udział dziecka w terapii grupowej na terenie placówki „Promyk Słońca” 	<ul style="list-style-type: none"> • brak zgody rodzica lub prawnego opiekuna dziecka na udział w badaniach • brak współpracy dziecka z osobą wykonującą badanie.

Ze względu na to, iż testy prowadzone przez autorkę niniejszej pracy ukierunkowane były na całościową weryfikację sprawności fizycznej w kontekście zdrowia organi-

zmu i jego biologicznego działania, zostały poprzedzone podstawowymi pomiarami antropometrycznymi. Na początku każdego indywidualnie przeprowadzanego badania odbywającego się w sali przeznaczonej do terapii grupowej dokonywano za pomocą tej samej wagi łazienkowej oraz taśmy centymetrowej pomiaru cech somatycznych, tj. masy oraz wysokości ciała. Na ich podstawie obliczono w sposób właściwy dla dzieci w wieku przedszkolnym wskaźnik masy ciała (Body Mass Index – BMI). Do jego wyliczenia zastosowano kalkulator BMI dla dzieci i młodzieży, który dokonywał automatycznej interpretacji wyników w odniesieniu do siatek centylowych. Parametry te zostały zmierzone w celu scharakteryzowania grupy badanej oraz sprawdzenia, czy wskaźnik BMI którejś z podgrup wiekowych nie był istotnie statystycznie wyższy lub niższy od pozostałych. Wówczas należałoby uwzględnić ten fakt jako czynnik dodatkowo wpływający na wyniki uzyskiwane przez dzieci. Różnice wartości wskaźnika BMI nie były jednak istotnie statystycznie różne w poszczególnych grupach wiekowych. Wyniki osiągnięte we wszystkich grupach wiekowych mieściły się w granicach normy przyjętej dla danego wieku. Ponieważ BMI nie różnicowało znacząco grup wiekowych, wyniki te ujednolicają podgrupy badane. Uzyskane wyniki wskazały na istotne statystycznie różnice między masą ciała 4-latków a 5- oraz 6-latków. Różnic znamienych statystycznie w tym aspekcie nie zaobserwowano między grupami 5-latków a 6-latków. Wysokość ciała istotnie różnicowała wszystkie grupy wiekowe (tabela 3).

Dzieci zostały zbadane według zestawu testów dla dzieci w wieku 4–7 lat wg Sally Goddard Blythe stosowanych w ramach programu badań przesiewowych INPP. Zawiera on 17 testów, których łączny wynik końcowy wynosi maksymalnie 68 punktów. Wyniki są opisane przez autorkę ankiety w 5-stopniowej skali:²³

– 0 punktów oznacza brak występowania odruchu przetrwałego oraz 0% dysfunkcji w trakcie wykonywanego testu;

- 1 punkt oznacza 25% dysfunkcji w trakcie wykonywania testu (nieznacznie wyrażony odruch lub kompensacje świadczące o zaburzeniach w trakcie wykonywania testu);
- 2 punkty odpowiadają 50% dysfunkcji (umiarkowanie wyrażony odruch z towarzyszącymi kompensacjami lub umiarkowane deficyty ruchowe);
- 3 punkty świadczyły o 75% dysfunkcji (znacznie wyrażony odruch i kompensacje);
- 4 punktom odpowiadało 100% dysfunkcji (całkowicie wyrażony odruch lub niewykonany test).

Zarówno w literaturze przedmiotu opracowanej przez Goddard Blythe,^{9,23} jak i w zestawie testów otrzymanych przez autorkę niniejszej pracy na szkoleniu prowadzonym przez instruktorów INPP Polska,¹³ ocena poszczególnych odruchów jest poszerzona o opisy słowne. W skład arkusza badań wchodzi:

- testy neuromotoryczne:
 - próba Romberga z otwartymi i zamkniętymi oczami,
 - stanie na jednej nodze,
 - test raczkowania,
 - test 1 i 2 na przekraczanie linii środkowej ciała,
 - test przeciwnego palca i kciuka;
- testy sprawdzające integrację odruchów pierwotnych:
 - test sprawdzający asymetryczny toniczny odruch szyjny (ATOS) wg Ayres,
 - test sprawdzający symetryczny toniczny odruch szyjny (STOS),
 - test sprawdzający toniczny odruch błędnikowy (TOB);
- testy percepcji wzrokowej i integracji wzrokowo-ruchowej:
 - test rysowania standardowych figur Tansleya,
 - testy rysowania 3 linii.

Test asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego (ATOS) wykonano w 2 wariantach, przy ustawieniu głowy w pozycji skrętu bocznego w prawo i w lewo, zaś próbę symetrycznego tonicznego odruchu szyjnego (STOS) oraz tonicznego odruchu błędnikowego (TOB) w 2 pozycjach uwzględniających wyprost i zgięcie głowy.

Tabela 3. Porównanie średnich arytmetycznych, odchyłeń standardowych oraz wartości ekstremalnych dla masy ciała, wysokości ciała oraz BMI dzieci z grupy badanej – podział ze względu na wiek

Table 3. The comparison of arithmetic averages, standard deviations and extreme values for body weight, body height and BMI of children from the analyzed group – in relation to age

Zmienna	Parametr statystyczny	I – 4-latki	II – 5-latki	III – 6-latki	p*	Porównania wielokrotne**
Masa ciała	M	18,4	21,1	23,0	0,0001	I : II – 0,0303
	min.–max.	12,5–26,0	15,0 – 30,0	18,0–30,0		I : III – 0,0001
	SD	3,1	4,0	3,7		II : III – 0,2920
Wysokość ciała	M	108,0	113,4	122,1	0,0000	I : II – 0,0153
	min.–max.	95,0–117,0	90,0–127,0	108,0–131,0		I : III – 0,0000
	SD	4,8	7,1	6,0		II : III – 0,0016
BMI	M	15,7	16,3	15,4	0,1316	–
	min.–max.	13,9–20,7	13,2–22,7	12,4–23,7		–
	SD	1,6	2,0	2,3		–

* Test ANOVA; ** test post hoc.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu STATISTICA 12 (StatSoft, Inc., USA) oraz Microsoft Excel 2007.

Dla zmiennych mierzalnych (masa ciała, wysokość ciała, BMI) obliczono średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe oraz zakres zmienności (wartości ekstremalne). Dla zmiennych jakościowych (wyniki badań odruchów oraz pozostałych testów) obliczono częstość ich występowania (%). Wszystkie badane zmienne typu ilościowego sprawdzono testem Shapiro–Wilka dla ustalenia typu rozkładu. Porównania wyników pomiędzy grupami wiekowymi przeprowadzono za pomocą nieparametrycznego testu ANOVA rang Kruskala–Wallisa i testów post hoc. Porównanie zmiennych jakościowych wykonano za pomocą testu χ^2 . Do wszystkich porównań przyjęto poziom $\alpha = 0,05$, a uzyskane wartości p zostały na potrzeby artykułu zaokrąglone do 4 miejsc po przecinku.

Wyniki

Wyniki testów z arkusza badań INPP

Wyniki wynoszące 0 punktów lub 1 punkt świadczą o braku odchylenia od normy lub ich niewielkich zakłóceniach, nieznacznie oddziałujących na przebieg próby, zaś ocena ≥ 2 punkty stanowi o zaburzeniach istotnie wpływających na przebieg testu.

Zaobserwowano, iż wyniki świadczące o występowaniu umiarkowanych, znacznych lub całkowitych deficytów równoważnych najczęściej osiągnane były przez dzieci w próbie Romberga z zamkniętymi oczami: 71 (94,67%) na 75 badanych dzieci osiągnęło w niej wynik >0 , zaś 57 (76%) – wynik ≥ 2 , co świadczy o umiarkowanym, znacznym lub całkowitym występowaniu zaburzeń równoważnych przy ograniczeniu bodźca wzrokowego. W teście Romberga z otwartymi oczami 62 (82,67%) dzieci uzyskało 0 punktów lub 1 punkt, a zatem tylko 13 (17,33%) badanych miało umiarkowane lub znaczne deficyty równoważne w trakcie wykonywania tej próby. W teście stania na jednej nodze 46 (61,33%) dzieci uzyskało wynik ≥ 2 .

Wśród prób koordynacyjno-percepcyjnych (rączkowanie, testach linii środkowej 1 i 2 oraz teście przeciwnego palca i kciuka) najmniej wyników świadczących o pozytywnym ich przebiegu odnotowano w teście przeciwnego palca i kciuka: 51 (68%) dzieci osiągnęło wyniki ≥ 2 , świadczące o występowaniu u nich problemów związanych z koordynacją wzrokowo-ruchową, w tym aż 19 (25,33%) dzieci uzyskało 4 punkty – całkowity brak umiejętności wykonania tej próby. W teście na rączkowanie 58 (77,33%) dzieci osiągnęło 0 punktów lub 1 punkt, zaś 17 (22,67%) badanych wynik ≥ 2 . W teście przekraczania linii środkowej 1 42 (62%) dzieci osiągnęło wynik 0 lub 1, zaś 33 (44%) badanych ≥ 2 . W teście na przekraczanie linii środkowej 2

48 (64%) dzieci uzyskało wynik świadczący o braku odpowiednich umiejętności lub nieznacznym ich deficycie w trakcie wykonywania próby, zaś 27 (36%) badanych otrzymało liczbę punktów świadczącą o umiarkowanym lub wyższym deficycie koordynacyjno-percepcyjnym.

Wyniki testów badających obecność odruchów przetrwałych przedstawiają się następująco: w teście TOB żadne dziecko nie osiągnęło w pozycji wyprostnej wyniku świadczącego o pełnym zintegrowaniu tego odruchu, natomiast 14 (18,67%) badanych osiągnęło wynik świadczący o nieznacznej obecności tego odruchu (1 punkt) i 61 (81,33%) dzieci uzyskało wynik świadczący o umiarkowanym, znacznym lub całkowitym występowaniu u nich przetrwałego tonicznego odruchu szyjnego w pozycji wyprostnej. Świadczy to o najczęstszym występowaniu TOB w pozycji wyprostnej spośród badanych przetrwałych odruchów pierwotnych u dzieci w wieku przedszkolnym. Jeśli chodzi o pozostałe testy określające integrację odruchów przetrwałych, to 40 (53,33%) badanych uzyskało wynik ≥ 2 w teście na ATOS lewostronny, zaś w teście na ATOS prawostronny analogiczną liczbę punktów otrzymało 46 (61,33%) dzieci. W teście wykazującym STOS w zgięciu 47 (62,67%) dzieci osiągnęło wynik ≥ 2 , zaś w teście sprawdzającym STOS w wyprostie tyle punktów zdobyło 31 (41,33%) badanych.

W kategorii testów rysunkowych (percepcyjnych oraz sprawdzających integrację wzrokowo-ruchową) 29 (38,67%) dzieci osiągnęło w teście rysowania figur Tansleya wynik ≥ 2 , zaś 30 (40%) miało nieznaczne trudności w trakcie rysowania figur przeznaczonych dla swojej grupy wiekowej (uzyskało 1 punkt); 60 (80%) dzieci test rysowania linii pionowej wykonało poprawnie lub z nieznacznym odchyleniem od normy. W przypadku linii poziomej wszystkie dzieci uzyskały dokładnie ten sam wynik, zaś w teście linii ukośnej 46 (61,33%) z nich wykonało test na 0 punktów lub 1 punkt.

Procentowo przedstawione wartości wyników dla poszczególnych testów znajdują się w tabelach 4–6.

Porównanie podgrup badanych

Za pomocą testu wariancji ANOVA rang Kruskala–Wallisa sprawdzono, czy wiek w istotny statystycznie sposób różnicuje grupy 4-, 5- i 6-latków pod względem osiągniętych wyników w poszczególnych próbach ruchowych. Grupę badaną istotnie na poziomie $p < 0,05$ różnicowały pod względem wieku wyniki osiągnane w teście przekraczania linii środkowej 1 i teście przeciwnego palca i kciuka. Istotne różnice występowały pomiędzy grupami 4- a 6-latków. Średnia wartość osiągnana w teście przekraczania linii środkowej 1 była istotnie niższa (a zatem świadcząca o mniejszych deficytach w trakcie wykonywania próby) wśród 6-latków (podgrupa badana III) niż wśród 4-latków (podgrupa badana I) na poziomie $p = 0,0207$, zaś w teście przeciwnego palca i kciuka na poziomie $p = 0,0083$.

Tabela 4. Procentowo ujęte wyniki testów neuromotorycznych

Table 4. Percentage value for neuromotor tests

Skala	Próba Romberga (%)		Stanie na jednej nodze (%)	Test rączkowania (%)	Test na przekraczanie linii środkowej ciała (%)		Test przeciwnego palca i kciuka (%)
	z otwartymi oczami	z zamkniętymi oczami			1	2	
0	46,67	5,33	22,67	28,00	21,33	17,33	10,67
1	36,00	18,67	16,00	49,33	34,67	46,67	21,33
2	6,67	40,00	22,67	18,67	25,33	17,33	29,33
3	6,67	20,00	20,00	4,00	8,00	5,33	13,33
4	4,00	16,00	18,67	0,00	10,67	13,33	25,33

Tabela 5. Procentowo ujęte wyniki testów sprawdzających integrację odruchów pierwotnych

Table 5. Percentage value for primary reflexes integration tests

Skala	ATOS (%)		STOS (%)		TOB (%)	
	lewy	prawy	w wyproście	w zgięciu	w wyproście	w zgięciu
0	14,67	13,33	17,33	10,67	0,00	18,67
1	32,00	25,33	41,33	26,67	18,67	36,00
2	22,67	30,67	22,67	12,00	34,67	32,00
3	26,67	25,33	10,67	29,33	30,67	12,00
4	4,00	5,33	8,00	21,33	16,00	1,33

Tabela 6. Procentowo ujęte wyniki testów percepcji wzrokowej i integracji wzrokowo-ruchowej

Table 6. Percentage value for visual perception and visual-motor integration tests

Skala	Test rysowania standardowych figur Tansleya (%)	Test rysowania linii (%)		
		pionowej	poziomej	ukośnej
0	21,33	46,67	42,67	21,33
1	40,00	33,33	37,33	40,00
2	12,00	2,67	2,67	12,00
3	9,33	1,33	1,33	9,33
4	17,33	16,00	16,00	17,33

Za pomocą testu χ^2 Pearsona sprawdzono, czy w aspekcie wyników osiąganych we wszystkich testach, które przeszły dzieci, płeć była czynnikiem różnicującym. W żadnym teście płeć nie różnicowała podgrup A i B pod względem osiąganych wyników. Wykazano, iż dla każdej próby $p > 0,05$, co oznacza, iż poziom występowania odruchów pierwotnych, zdolności równoważnych i umiejętności ruchowych u obu płci jest porównywalny (nie występują istotne statystycznie różnice w wynikach osiąganych w obu grupach płciowych).

Omówienie

Z przeprowadzonych badań wynika, iż występowanie zaburzeń neuromotorycznych oraz przetrwałych odruchów prymitywnych u dzieci ze stwierdzonymi zabu-

rzeniami psychoruchowymi jest zjawiskiem częstym. Ograniczeniem dla niniejszych badań był brak możliwości odniesienia wyników do grupy kontrolnej. Mogą jednak one zostać zestawione z rezultatami badań innych autorów zajmujących się oceną neuromotoryczną dzieci bez stwierdzonych zaburzeń zdrowotnych. Z badań Madejewskiej et al., w których za pomocą *Zestawu testów przeznaczonych dla dzieci w wieku 4–7 lat stosowanego w ramach programu ćwiczeń integrujących INPP* badane były dzieci w wieku 4–7 lat bez orzeczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych lub niepełnosprawności, wynika, iż w grupie tych dzieci większość osiągała wyniki świadczące o braku lub nieznacznych deficytach ruchowych.⁶ Rezultaty badań własnych pokazują, iż dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami psychoruchowymi osiągały wyniki świadczące o umiarkowanych, znacznych lub całkowitych deficytach ruchowych dużo częściej niż ich rówieśnicy bez stwierdzonych zaburzeń zdrowotnych. Także badania Nowak et al. potwierdzają wysoką zależność niskich zdolności koordynacyjnych przedszkolaków od występujących u nich deficytów i zakłóceń psychomotorycznych.¹⁴ Podobny wniosek podają w swych publikacjach również Gieysztor et al.²⁴ oraz Grzywniak, zajmujące się tematyką występowania odruchów przetrwałych u dzieci wieku przedszkolnym i szkolnym.¹¹ Gieysztor et al. wykazują, iż poziom integracji odruchów przetrwałych u przedszkolaków koreluje z poziomem sprawności psychoruchowej.²⁴ Występowanie niezintegrowanych w znacznym stopniu odruchów prymitywnych wiązało się z obniżoną sprawnością psychomotoryczną. Kolejne badania Gieysztor et al., w których sprawdzano

obecność niezintegrowanych odruchów ATOS, STOS oraz TOB u dzieci w wieku przedszkolnym bez stwierdzonych zaburzeń psychoruchowych, wykazały, iż badani najczęściej osiągnęli wyniki świadczące o pełnej lub nieznacznie zaburzonej integracji.⁷ Badania własne dowodzą, iż wyniki dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi, które wykonały te same próby testowe, zazwyczaj plasowały się na poziomie nieznacznych, umiarkowanych i znacznych zaburzeń integracji.

Autorzy zajmujący się badaniem przetrwałych odruchów u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym zwracają uwagę na to, iż wczesna diagnostyka oraz odpowiednia terapia mogą znacząco wspomóc integrację tych odruchów. Grzywniak stwierdza, iż u dzieci z obecnymi odruchami przetrwałymi podjęcie działań korekcyjnych (specjalnego programu ćwiczeń integrujących) nakierowanych na źródło problemu daje szansę na wyeliminowanie jego konsekwencji.¹¹ Metody ćwiczeń terapeutycznych integrujących odruchy przetrwałe zostały opracowane przez Goddard Blythe²³ oraz Masgutową.¹⁶ Program ćwiczeń ułożony przez Goddard Blythe znajduje zastosowanie zarówno w indywidualnej, jak i grupowej terapii. Pozytywny wpływ ćwiczeń wygaszających obecność przetrwałych odruchów noworodkowych u dzieci przedszkolnych i szkolnych podkreśla także Konicarova.²⁵ Według Masgutowej w celu wyeliminowania przetrwałych odruchów pierwotnych podczas terapii należy stymulować przede wszystkim: okolice ust, wewnątrz jamy ustnej, obręcz barkową, kończyny górne ze szczególnym uwzględnieniem dłoni.²⁰ Również systematyczne ćwiczenia percepcyjno-ruchowe zwiększają skuteczność procesu integracji neurologicznej dzieci. Wniosek ten podaje Kostiukow et al., pisząc o istotności treningów koordynacyjnych wśród dzieci na każdym etapie edukacyjnym.²⁶ Dla dzieci z zaburzeniami równoważnymi korzystna jest również terapia metodą integracji sensorycznej. Dzięki stymulacji wielu zmysłów globalne oraz lokalne ruchy dziecka stają się bardziej precyzyjne, wyczuwane na zmiany oraz skoncentrowane na głębszym doświadczeniu otoczenia.

Dzieci z zaburzeniami rozwojowymi często kompensują deficyty funkcjonowania któregoś ze zmysłów pozostałymi. Używanie wzroku zastępczo przy nieprawidłowym działaniu układu przedsionkowego skutkuje trudnościami w wykonywaniu zadań precyzyjnych lub z wyłączeniem tego zmysłu. W sytuacjach, w których oczy „przechwytyją” funkcję dostarczania informacji dziecku o jego położeniu w przestrzeni, zastępują niejako mechanizm czucia głębokiego. Narząd równowagi zostaje wówczas pozbawiony odpowiedniej stymulacji, a coraz słabiej wykorzystywany, w chwilach wyłączenia narządu wzroku (np. poprzez zamknięcie oczu), powoduje u dziecka dezorientację i zaburzenie równowagi. Może to poważnie zakłócać odbiór informacji, a w mechanizmie zwrotnym zmieniać reakcje dziecka i utrudniać jego codzienne funkcjonowanie.⁹ Z badań własnych wynika, iż największe i najintensywniej wyrażone trudności podczas

wykonywania testów równoważnych pojawiły się u dzieci w trakcie próby Romberga z zamkniętymi oczami. Wynik ten potwierdza zatem silną kompensacyjną rolę zmysłu wzroku w utrzymywaniu pozycji równoważnej u dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi.

W badaniach własnych stwierdzono, iż najczęstszym niezintegrowanym odruchem jest TOB w pozycji wyprostnej. Był on obecny u wszystkich badanych dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi, zaś u 81,33% z nich wyrażony był w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Badania Madejewskiej oraz Gieysztor et al. również wykazały, iż najczęstszym niezintegrowanym odruchem przetrwałym u dzieci w wieku 4–7 lat bez stwierdzonych zaburzeń zdrowotnych jest toniczny odruch błędnikowy w pozycji wyprostnej (choć u dzieci zdrowych występuje on na niższym poziomie niezintegrowania).^{6,7} Według Kędziory et al. najczęstszym przetrwałym odruchem występującym wśród dzieci był odruch Moro. Autorzy zaznaczają jednak możliwość nadmiernej rozpoznawalności przez siebie odruchu Moro wśród dzieci.²⁷

Istotne różnicowanie podgrup wiekowych (na korzyść dzieci starszych) ze względu na osiągnięte średnie wyniki może świadczyć o występowaniu normalnego u dzieci procesu doskonalenia wraz z wiekiem zdolności koordynacyjno-percepcyjnych oraz wygaszania odruchów przetrwałych, a także skutków z nim związanych. Kędziora et al., badając losowo wybraną grupę dzieci uczęszczających do placówek publicznych, wykazali istotne różnice w wynikach badań 6 odruchów przetrwałych (w tym 4 błędnikowych i 2 skórnych) pomiędzy dziećmi 4- a 5-letnimi, 5- a 6-letnimi oraz 6- a 7-letnimi. Badania Kędziory et al. nie są jednak całkowicie miarodajne, gdyż podgrupy wiekowe w nich ujęte nie były równe pod względem liczby członków.²⁷ Badania własne wykazują, iż tendencja do wygaszania się odruchów przetrwałych i doskonalenie parametrów równoważno-koordynacyjnych występuje u dzieci ze stwierdzonymi zaburzeniami psychoruchowymi tylko w niektórych przypadkach. Fakt, iż różnice w wynikach własnych zaobserwowano jedynie między grupą 4- a 6-latków w przypadku zaledwie 2 testów, potwierdza podawany przez Grzywniak wniosek, iż u dzieci niepełnosprawnych odruchy pierwotne nie zawsze ulegają wygaszeniu w tak samoczynny sposób jak u dzieci bez stwierdzonych zaburzeń zdrowotnych.¹¹

Wyniki przeprowadzonych badań pokazują także, iż płeć nie ma istotnego wpływu na prezentowany przez dzieci poziom sprawności ruchowej oraz integracji odruchów pierwotnych. Wykazano brak występowania różnic międzypłciowych w wynikach osiągniętych we wszystkich testach psychomotorycznych. Kędziora et al., zajmujący się tematyką odruchów przetrwałych u dzieci, również wykazali, iż płeć nie różnicowała istotnie dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym pod względem występowania u nich niezintegrowanych odruchów przetrwałych.²⁷ Ten sam wynik w kontekście odruchów Moro i Galanta podaje Konicarova.²⁵ Różnice międzypłciowe w wynikach testów

sprawnościowych przeznaczonych dla przedszkolaków mogą mieć różne przyczyny. Z badań Madejewskiej et al. przeprowadzonych za pomocą arkusza badań INPP wynika, iż w testach sprawdzających niektóre umiejętności dzieci w wieku 4–7 lat lepiej wypadają dziewczynki.⁶ Wynik ten mógł być jednak spowodowany przewagą dziewcząt nad chłopcami w grupie badanej. Rezultaty badań własnych nie potwierdzają wyników Madejewskiej.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników można wnioskować, iż poszerzenie diagnostyki dzieci, u których zostały stwierdzone zaburzenia psychoruchowe, o informacje na temat występujących u nich przetrwałych odruchów noworodkowych i zaburzeń równoważno-koordynacyjnych jest przydatnym elementem uzupełniającym wiedzę o neuromotorycznym rozwoju pacjentów. Częstotliwość i stopień nasilenia niezintegrowanych odruchów pierwotnych u dzieci z problemami psychoruchowymi jest na znacznie wyższym poziomie niż u ich rówieśników bez stwierdzonych zaburzeń zdrowotnych.

U przedszkolaków z zaburzeniami ruchowymi samodzielną integracją odruchów i doskonalenie zdolności psychomotorycznych wraz z wiekiem nie jest procesem samoczynnym i powszechnym jak u ich rówieśników bez problemów zdrowotnych. Wyniki przedstawione w niniejszej pracy sugerują, iż zwrócenie uwagi na doskonalenie umiejętności koordynacyjno-równoważnych u młodych pacjentów z zaburzeniami psychoruchowymi jest szczególnie istotne. W przypadku zdiagnozowania u dziecka niezintegrowanych odruchów przetrwałych należy zapewnić mu udział w terapii ich wygaszania.

Badania własne dowodzą, iż płeć nie powinna być czynnikiem brany pod uwagę w różnicowaniu dzieci pod kątem ich dojrzałości neuromotorycznej.

Badanie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym pod kątem odruchów noworodkowych może stanowić brakujące ogniwo diagnostyczne w planowaniu procesu terapeutycznego. Diagnostyka przetrwałych odruchów prymitywnych, zarówno u dzieci zdrowych, jak i ze stwierdzonymi problemami psychoruchowymi, jest kwestią godną propagowania. Może to umożliwić odnalezienie źródła problemów rozwojowych dzieci. Odpowiednio dobrane leczenie daje możliwość wyrównania deficytów rozwojowych oraz zwiększenia efektywności procesu terapeutycznego i edukacyjnego w ich późniejszym życiu. Wczesna i właściwie ukierunkowana terapia uniemożliwia także dalsze kumulowanie się zakłóceń rozwojowych. Zestaw testów przesiewowych zaproponowany przez Goddard jest użytecznym narzędziem do badań wstępnych oceniających umiejętności psychoruchowe dzieci w wieku przedszkolnym. Wykonywanie go rutynowo wśród przedszkolaków powinno znaleźć szersze zastosowanie we wczesnej diagnostyce dziecię-

cej. Badania pod kątem występowania odruchów pierwotnych stanowią przydatne uzupełnienie programu wczesnej interwencji w celu zapewnienia odpowiednio dobranej opieki terapeutycznej. Terapia dziecka, u którego została stwierdzona obecność odruchów przetrwałych, powinna jednocześnie skupiać się na doskonaleniu poczucia propriocepcji

Zbadanie występowania u dzieci niezintegrowanych odruchów pierwotnych oraz wyniki testów neuromotorycznych były cenną informacją dla rodziców oraz terapeutów prowadzących zarówno terapię grupową, jak i indywidualną. Podkreślenie w niniejszej pracy kluczowej roli rozwoju umiejętności równoważno-koordynacyjnych oraz integracji odruchów przetrwałych u dzieci w wieku przedszkolnym może być dla osób prowadzących terapie grupowe punktem wyjścia do wyznaczenia celów tego typu zajęć. Ćwiczenia integrujące obecność odruchów przetrwałych oraz trenujące zdolności równoważno-koordynacyjne można wykonywać w małych grupach, zatem zajęcia z terapii grupowej mogą być znakomitą okazją do tego typu treningów.

Piśmiennictwo

1. Wieczorek M. Sprawność fizyczna młodzieży niepełnosprawnej jako czynnik warunkujący ich zdrowie. *Probl Hig Epidemiol.* 2008;89(2):235–240.
2. Nowak A, Bartusiak I, Romanowska-Tołoczek A. Diagnoza psychomotoryczna dzieci czteroletnich jako realizacja programu wczesnej interwencji w przedszkolach. *Pedagog psihol med-biol probl fiz vihov sportu.* 2009;9:188–191.
3. Kruk-Lasocka J. *Zaburzenia psychomotoryczne u dzieci przedszkolnych – trudności diagnostyczne.* Wrocław: Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji TWP; 2004.
4. Sadowska L, Dziewulski M. *Neurofizjologiczne podstawy diagnostyki i terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi.* Warszawa: WSZM; 2012:36–42.
5. Goddard Blythe S. *Attention, Balance and Coordination: The A.B.C. of Learning Success.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2009.
6. Madejewska M, Choińska AM, Gieysztor EZ, Trafalska A. Ocena neuromotoryczna dzieci wieku 4–7 lat z powiatu kamiennogórskiego na podstawie testów Sally Goddard. *Piel Zdr Publ.* 2016;6(3):179–186. doi:10.17219/pzp/64033.
7. Gieysztor EZ, Sadowska L, Choińska AM. Stopień integracji odruchów pierwotnych jako narzędzie diagnostyczne do oceny dojrzałości neurologicznej zdrowych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. *Piel Zdr Publ.* 2017;26(1):5–11. doi:10.17219/pzp/69471.
8. Goddard Blythe S, Beuret LJ, Blythe P. *Jak osiągnąć sukcesy w nauce?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
9. Goddard Blythe S. *Harmonijny rozwój dziecka.* Warszawa: Świat Książki; 2006:27–118.
10. Goddard Blythe S. *Odruchy, uczenie i zachowanie: Klucz do umysłu dziecka.* Warszawa: MINK; 2004.
11. Grzywniak C. Wpływ śladowej postaci przetrwałych pierwotnych odruchów na powstanie trudności szkolnych: Próba stawiania diagnozy. *Szkoła Specjalna.* 2010;2(253):98–112.
12. Bilbilaj S. Directions for LD treatment with reflex therapy. *Acad J Interdiscip Stud.* 2013;2(11):77–80.
13. De Jager M. Sequence of primitive reflexes in development. Mind Moves Institute. https://www.mindmoves.co.za/articles/article/Sequence%20Of%20Primitive%20Reflex%20Development_1.pdf. Opublikowano 2009. Dostęp 28.02.2017.
14. Nowak A, Romanowska-Tołoczek A, Bartusiak I. Nieprawidłowości w rozwoju ruchowym dzieci jako wczesne objawy zakłóceń psychomotorycznych. *Pedagog psihol med-biol probl fiz vihov sportu.* 2009;9:192–195.

15. Goddard Blythe S. *Jak ocenić dojrzałość dziecka do nauki?* Warszawa: PWN; 2013:11–91.
16. Masgutowa S, Regner A. *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensorycznej.* Wrocław: Continuo; 2009.
17. Kranowitz CS. *The out-of-Sync Child.* New York, NY: Perigree Books; 2005.
18. Starosta W. *Globalna i lokalna koordynacja ruchowa w wychowaniu fizycznym i sporcie.* Warszawa: Międzynarodowe Stowarzyszenie Motoryki Sportowej; 2006.
19. Starosta W. *Motoryczne zdolności koordynacyjne: Znaczenie, struktura, uwarunkowania, kształtowanie.* Warszawa: Międzynarodowe Stowarzyszenie Motoryki Sportowej; 2003.
20. Surynt A, Wójcik-Grzyb A. Sprawność fizyczna dzieci w wieku 6 i 7 lat jako element dojrzałości szkolnej. *Rocz-i Nauk AWF Pozn.* 2005;54:137–148.
21. Sękowska Z. *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej.* Warszawa: Wydawnictwo APS; 2001.
22. *ICD-10: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych: Rewizja dziesiąta: Tom I.* World Health Organization; 2008. https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytuczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf. Dostęp 28.02.2017.
23. Goddard Blythe S. *Program ćwiczeń integrujących do zajęć ruchowych z dziećmi ze specjalnymi potrzebami.* 2 wyd. INPP; 2011.
24. Gieysztor E, Choińska A, Paprocka-Borowicz M. Persistence of primitive reflexes and associated motor problems in healthy preschool children. *Arch Med Sci.* 2016;14(1):167–173. doi:10.5114/aoms.2016.60503.
25. Konicarova J, Bob P. Retained primitive reflexes and ADHD in children. *Act Nerv Super.* 2012;54(3–4):135–138.
26. Kostiułkow A, Rostkowska E, Samborski W. Badanie zdolności zachowania równowagi ciała. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.* 2009;55(3):102–109.
27. Kędziora J, Rola M, Stajszczyk A, et al. Występowanie odruchów przetrwałych u dzieci oraz ich ocena wg metody Sally Goddard. W: Paprocka-Borowicz M, Jarząb S, Kuciel-Lewandowska J, red. *Rehabilitacja współczesna.* Wrocław: Katedra Fizjoterapii UMW; 2014:43–52.

Problemy biopsychospołeczne rodzin sprawujących opiekę nad chorym na stwardnienie rozsiane

The biopsychosocial problems of families taking care of patients with multiple sclerosis

Edyta Szydło^{1,A-F}, Anna Szczypta^{2,A,C-F}, Grażyna Dębska^{2,C-F}

¹ Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Zdrowia i Gospodarki, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Krośnie, Krosno

² Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):21–26

Adres do korespondencji

Edyta Szydło
e-mail: edyta.wanda@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.04.2017 r.

Po recenzji: 25.07.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 1.09.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Osoba opiekująca się chorym na SM członkiem rodziny jest obciążona emocjonalnie, fizycznie, finansowo oraz społecznie, co wpływa na wystąpienie u niej różnorodnych problemów.

Cel pracy. Celem pracy było poznanie problemów biopsychospołecznych rodzin osób chorujących na stwardnienie rozsiane.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 76 osób, które sprawują opiekę nad członkiem rodziny cierpiącym na stwardnienie rozsiane. Zastosowano autorski kwestionariusz zawierający pytania odnoszące się do trudności w opiece nad chorym.

Wyniki. Wykazano, że największe trudności w opiece nad chorym sprawiało opiekunom zmęczenie (78,9%). Respondenci, których czas sprawowania opieki mieścił się w przedziale 11–15 lat, deklarowali więcej problemów w porównaniu z tymi, którzy sprawowali opiekę krócej ($p = 0,003$). Analiza wyników ankiety wskazuje, że lęk chorego przed narastającym pogarszeniem się jakości życia ma wpływ na sprawowanie opieki (69,7%). Najwyższy procent badanych (56%) z grupy sprawującej opiekę nad chorym >15 lat akceptował brak czasu na troskę o własne zdrowie. Pod względem realizacji ról społecznych badani podali szereg dysfunkcji spowodowanych sprawowaniem opieki nad chorym członkiem rodziny. Wśród nich wymieniali głównie brak możliwości samorealizacji oraz brak możliwości realizacji planów zawodowych (32,1%).

Wnioski. Trudności opiekunów związane ze sprawowaną opieką mają charakter wielowymiarowy. Głównym problemem okazało się zmęczenie oraz brak troski o własne zdrowie. W wymiarze społecznym jako dominującą dysfunkcję badani podali brak możliwości samorealizacji oraz realizacji planów zawodowych.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, obciążenie opiekuna, problemy biopsychospołeczne

DOI

10.17219/pzp/76756

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. A person taking care of a family member with MS is emotionally, physically, financially, and socially affected, which can cause a variety of problems.

Objectives. The study was aimed to identify the biopsychosocial problems of families taking care of a family member with multiple sclerosis.

Material and methods. The study group consisted of 76 people who were taking care of their family member suffering from multiple sclerosis (MS). The questionnaire designed by the authors was used to ask questions that referred to the difficulties faced by the caregivers.

Results. It has been shown that tiredness was the most difficult problem faced by the caregivers (78.9%). Respondents that took care of the ill family member for 11–15 years declared significantly more problems compared to those who had supported their relative for a shorter period ($p = 0.003$). Analysis of the survey data revealed that the fear of deterioration in quality of life among the MS patients has a strong impact on the practical implementation of patient care (69.7%). The highest percentage of caregivers (56%) in the group taking care of the ill family member for more than 15 years accepted the fact that the caregivers have to neglect their own health care needs in order to assist their family member. In terms of social role performance, caregivers reported a number of dysfunctions, such as: lack of self-realisation and lack of possibility to execute their vocational plans (32.1%).

Conclusions. Difficulties related to taking care of patients with MS faced by caregivers are multidimensional. Tiredness and neglecting their own health turned out to be the main problem causing most of the difficulties. In the social dimension, persons surveyed reported lack of self-realisation and lack of possibility to execute their vocational plans as the dominant dysfunctions.

Key words: multiple sclerosis, caregiver burden, biopsychosocial problems

Wprowadzenie

Współcześnie choroby przewlekłe uważane są za najważniejszy problem zdrowotny. Muszą sobie z nimi radzić całe zbiorowości społeczne, pracownicy ochrony zdrowia, a szczególnie ludzie chorzy oraz osoby opiekujące się nimi. W wyniku choroby powstaje ciąg zdarzeń, z którymi człowiek musi się zmierzyć.^{1,2}

Spośród wielu neurologicznych schorzeń stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM) uważa się za najbardziej wyniszczające i degradujące. Jego następstwem jest bardzo szybka zmiana sytuacji biopsychospołecznej pacjenta.^{3,4} Nagłe wystąpienie choroby, a w konsekwencji niepełnosprawności, jest traumatycznym przeżyciem nie tylko dla osoby chorej, ale także przykrym wydarzeniem dla jej rodziny bądź opiekunów. Bliscy stają w obliczu nowej sytuacji życiowej, nowych wyzwań i obowiązków. Czują się zagubieni, nie wiedzą, jak i czy poradzą sobie z wyzwaniami i opieką nad chorym. Choroba krewnego to czynnik rzutujący na wystąpienie rozmaitych problemów biopsychospołecznych. Najbliżsi w różny sposób zostają zaangażowani w tę trudną sytuację. Trafne zatem jest stwierdzenie, iż „choroba staje się członkiem rodziny”. W zależności od czasu trwania i rodzaju choroby zmienia się funkcjonowanie opiekuna osoby chorej, zarówno w wymiarze biologicznym, jak i emocjonalnym oraz społecznym. Dochodzi do reorganizacji spraw rodzinnych, dotychczasowych planów towarzyskich, urlopowych, zawodowych i społecznych opiekunów, co jest spowodowane koniecznością zapewnienia krewnemu opiece najwyższym poziomie. Wykorzystując zasoby materialne, ale także osobiste podczas udzielania pomocy przewlekłemu choremu członkowi rodziny, jednostka często rezygnuje z własnych marzeń, celów, dążeń, aspiracji. Tak duże poświęcenie nie jest obojętne dla całej podsta-

wowej komórki społecznej, wpływa bowiem na jakość jej życia i funkcjonowanie.⁵

Celem pracy było poznanie problemów biopsychospołecznych opiekunów osób chorujących na SM.

Materiał i metody

W badaniach udział wzięło 76 osób, które opiekują się swoim krewnym cierpiącym na SM. Ponad połowę badanych (53%) stanowiły kobiety, natomiast mężczyźni było 47%. Najlicniejszą grupą wiekową byli respondenci mający 40–49 lat (34%), następnie osoby w przedziale 50–59 lat (32%) i >60. r.ż. (26%). Najmniejszą część respondentów reprezentowali młodszy opiekunowie w wieku 18–39 lat (8%).

Większość badanych (57,0%) pochodziła ze wsi, zaś 43% z nich zamieszkiwało małe miasta. Pod względem aktywności zawodowej grupa była zróżnicowana. Przeważały osoby aktywne zawodowo (53%) oraz emeryci i renciści (43%), zaś najmniej było studentów/uczniów i bezrobotnych (4%).

Badania przeprowadzono na przełomie lat 2015 i 2016 na terenie Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarów Mózgowych w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie. Uzyskano na to zgodę dyrekcji szpitala.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz. Składał się z 22 zamkniętych pytań, które pogrupowano na podstawie problemów badawczych. Odnosiły się one przede wszystkim do największych trudności w opiece nad chorym na SM oraz dysfunkcji związanych z pełnieniem ról społecznych przez opiekunów. Badanie miało charakter anonimowy i udział w nim był dobrowolny. Analizę wyników przedstawiono za pomocą statystyki

opisowej jako wartości liczbowe i procentowe. Zmienne jakościowe porównano za pomocą testu χ^2 , przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Na pytanie o czas trwania opieki nad członkiem rodziny chorym na SM 38% badanych odpowiedziało, że sprawuje ją 11–15 lat, a 29%, że 5–10 lat. Nieco mniej ankietowanych opiekowało się swoim krewnym >20 lat (18%) oraz od 16–20 lat (15%). Większość badanych (97,4%) opiekujących się chorym na stwardnienie rozsiane deklarowała występowanie różnych problemów, pozostali respondenci (2,6%) twierdzili, że nie mają żadnych problemów i dysfunkcji (tabela 1).

Tabela 1. Występowanie problemów biopsychosocjalnych u członków rodzin sprawujących opiekę nad chorym na SM

Table 1. Occurrence of biopsychosocial problems in families providing care to MS patients

Występowanie problemów	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem
	n	%	n	%	n	%	n
Tak	20	90,9	29	100,0	25	100,0	74
Nie	2	9,1	0	0,0	0	0,0	2
Ogółem	22	100,0	29	100,0	25	100,0	76

Największym problemem opiekunów okazało się zmęczenie (78,9%). Ponad połowa spośród uczestników badania zwróciła też uwagę na utrudnione korzystanie z dóbr materialnych (57,9%) i pogorszenie kondycji fizycznej (56,6%). Biorąc pod uwagę długość sprawowanej opieki, zmęczenie było największą trudnością dla respondentów, którzy zajmowali się chorym członkiem rodziny 11–15 lat (82,8%). Najbardziej obciążeni byli opiekunowie deklarujący sprawowanie opieki nad chorym członkiem rodziny >15 lat. Wskazywali oni na utrudnienie korzystania z dóbr materialnych (76%), pogorszenie kondycji fizycznej (72%), trudności w utrzymaniu higieny psychicznej (64%) oraz na osłabienie kontaktów międzyludzkich (56%). Dokładną analizę problemów przedstawiono w tabeli 2.

Badanie wykazało, że zachodzi związek między liczbą problemów a czasem sprawowanej opieki: liczba problemów zwiększa się wraz z czasem sprawowanej opieki. Respondenci, których czas sprawowania opieki mieścił się w przedziale 11–15 lat, deklarowali więcej problemów w porównaniu z tymi, którzy sprawowali opiekę krócej (55,2% vs 27,3%; $p = 0,003$). Zależność przedstawiono w tabeli 3.

Wśród problemów chorych na SM, które w opinii badanych mają wpływ na sprawowanie opieki, wymieniono: lęk chorego przed narastającym pogarszaniem się jakości życia (69,7%), deficyt samoopieki (65,8%), spastyczność i drżenie mięśni (65,8%), problem z dostępem do rehabi-

Tabela 2. Problemy sprawiające największe trudności w opiece nad chorym na SM*

Table 2. Most problematic issues related to taking care of MS patients

Problemy w opiece	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem
	n	%	n	%	n	%	n
Zmęczenie	17	77,3	24	82,8	19	76,0	60
Ograniczenia czasowe utrudniające korzystanie z dóbr materialnych	11	50,0	14	48,3	19	76,0	44
Pogorszenie kondycji fizycznej	13	59,1	12	41,4	18	72,0	43
Niedostateczna ilość snu	9	40,9	17	58,6	6	24,0	32
Oslabienie kontaktów międzyludzkich	5	22,7	11	37,9	14	56,0	30
Trudności w utrzymaniu higieny psychicznej	4	18,2	10	34,5	16	64,0	30
Obniżenie nastroju	2	9,1	11	37,9	6	24,0	19
Oslabienie więzi z pozostałymi członkami rodziny	6	27,3	10	34,5	1	4,0	17
Apatia	2	9,1	7	24,1	1	4,0	10
Ograniczenie kontaktów towarzyskich	2	9,1	7	24,1	1	4,0	10
Brak	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1
Ogółem	22	–	29	–	25	–	76

* Pytanie wielokrotnego wyboru.

Tabela 3. Liczba problemów związana ze sprawowaniem opieki nad chorym na SM

Table 3. Quantity of problems associated with practical implementation of patient care

Liczba problemów	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Miała	14	63,6	4	13,8	6	24,0	24	31,0
Średnia	6	27,3	16	55,2	12	48,0	34	45,0
Duża	2	9,1	9	31,0	7	28,0	18	24,0
Ogółem	22	100,0	29	100,0	25	100,0	76	100,0

litacji i leczenia sanatoryjnego (53,9%), trudności z chodzeniem i ból (46,1%), niewłaściwy dobór diety (42,1%), problemy ze wzrokiem (39,5%), zaburzenia związane z defekacją (23,7%). Problemy ze słuchem i zaburzenia w oddawaniu moczu miały tyle samo wskazań – 19,7%, na zaburzenia relacji chorego z rodziną i znajomymi zwróciło uwagę 5,3% badanych (tabela 4).

Tabela 4. Problemy chorych sprawiające największe trudności opiekunom*

Table 4. Patients' problems which are most difficult for caregivers

Problemy chorych na SM	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem
	n	%	n	%	n	%	n
Lęk przed narastającym pogorszeniem jakości życia	10	38,5	21	75,0	22	100,0	53
Deficyt samoopieki	13	50,0	22	78,6	15	68,2	50
Spastyczność i drżenie mięśni	9	34,6	20	71,4	21	95,5	50
Problem z dostępem do rehabilitacji i leczenia sanatoryjnego	6	23,1	16	57,1	9	40,1	41
Trudności z chodzeniem	6	23,1	13	46,4	16	72,7	35
Ból	5	19,2	16	57,1	14	63,6	35
Właściwy dobór diety	8	30,8	8	28,6	16	72,7	32
Problemy ze wzrokiem	11	42,3	11	39,3	8	36,4	30
Zaburzenia związane z defekacją	7	26,9	5	17,9	6	27,3	18
Problemy ze słuchem	0	0,0	3	10,7	12	54,5	15
Zaburzenia w oddawaniu moczu	3	11,5	5	17,9	7	31,9	15
Problemy w relacjach z rodziną i znajomymi	2	7,7	2	7,1	0	0,0	4
Brak	9	34,6	0	0,0	0	0,0	9
Ogółem	26	–	28	–	22	–	76

* Pytanie wielokrotnego wyboru.

Za główne problemy członków rodzin sprawujących opiekę nad chorym na SM badani uznali brak możliwości troski o własne zdrowie (38,2%), a także realizacji planów zawodowych oraz aktywnego odpoczynku i relaksu (21,1%), osłabienie więzi z pozostałymi członkami rodziny (9,2%) oraz ograniczenie kontaktów towarzyskich (2,6%). Największy procent badanych (56%) z grupy sprawującej opiekę nad chorym >15 lat akceptował problem braku możliwości troski o własne zdrowie. Respondenci z tej grupy uznali również za poważną trudność brak możliwości aktywnego odpoczynku i relaksu (36%). Zaś opiekunowie, których długość opieki nad chorym członkiem rodziny mieściła się w przedziale 11–15 lat, wskazywali przede wszystkim na brak możliwości realizacji planów zawodowych (33,3%). Dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Główne problemy rodzin związane ze sprawowaniem opieki nad chorym na SM

Table 5. Dominant problems of families that take care of MS patients

Główne problemy członków rodzin osób chorych na SM	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem
	n	%	n	%	n	%	n
Brak możliwości troski o własne zdrowie	6	28,6	9	30,0	14	56,0	29
Brak możliwości realizacji planów zawodowych	5	23,8	10	33,3	1	4,0	16
Brak możliwości aktywnego odpoczynku i relaksu	3	14,3	4	13,3	9	36,0	16
Oslabienie więzi z pozostałymi członkami rodziny	2	9,5	5	16,7	0	0,0	7
Ograniczenie kontaktów towarzyskich	1	4,8	0	0,0	1	4,0	2
Brak	4	19,0	2	6,7	0	0,0	6
Ogółem	21	100,0	30	100,0	25	100,0	76

Przeanalizowano także dysfunkcje opiekunów związane z pełnieniem ról społecznych w związku ze sprawowaniem opieki nad chorym członkiem rodziny. W badanej grupie 26% ankietowanych nie udzieliło informacji, czy występują u nich problemy związane z pełnieniem ról społecznych, dlatego analizie poddano odpowiedzi pozostałych 56 osób. Do dysfunkcji respondenci zaliczyli brak możliwości samorealizacji (32,1%) oraz realizacji planów zawodowych (32,1%). Wskazywali też na niewłaściwe relacje z pozostałymi członkami rodziny (26,8%), brak możliwości czynnego udziału w życiu społeczności lokalnej (23,2%) oraz podjęcia pracy zarobkowej (10,7%). Największy odsetek badanych z grupy sprawującej opiekę nad chorym >15 lat wskazał na brak możliwości samorealizacji (66,7%). Zarówno osoby sprawujące opiekę nad chorym członkiem rodziny w przedziale 5–15 lat (38,9%), jak i przez 11–15 lat (38,5%) za główną dysfunkcję związaną z pełnieniem ról społecznych uznały brak możliwości realizacji planów zawodowych (tabela 6).

Omówienie

Jak każda choroba przewlekła, stwardnienie rozsiane dotyka nie tylko chorego. Bardzo dużym wyzwaniem staje się również dla jego opiekunów. Wyniki badań własnych dotyczące występowania problemów biopsychospołecznych u rodzin sprawujących opiekę nad chorym na SM pokazują, że 97,4% respondentów deklaruje ich występo-

Tabela 6. Dysfunkcje związane z pełnieniem ról społecznych związane ze sprawowaniem opieki nad chorym na SM

Table 6. Dysfunctions of social roles related to caregiving for SM patients

Dysfunkcje	5–10 lat opieki		11–15 lat opieki		>15 lat opieki		Ogółem n
	n	%	n	%	n	%	
Brak możliwości samorealizacji	4	22,2	6	23,1	8	66,7	18
Brak możliwości realizacji planów zawodowych	7	38,9	10	38,5	1	8,3	18
Brak właściwych relacji z pozostałymi członkami rodziny	6	33,3	8	30,6	1	8,3	15
Brak możliwości czynnego udziału w życiu społeczności lokalnej	5	27,8	6	23,1	2	16,7	13
Brak możliwości podjęcia pracy zarobkowej	4	22,2	2	7,7	0	0,0	6
Ogółem	18	–	26	–	12	–	56

wanie. Podobną prawidłowość wykazał Świętochowski.⁵ Autor podaje, że długotrwałe i sprawiające największe trudności problemy o charakterze wielowymiarowym wynikają z chorób przewlekłych.

Najbardziej istotnym problemem w opiece nad przewlekle chorym jest jego lęk przed narastającym pogarszaniem się jakości życia, co jest widoczne przede wszystkim w biologicznym obszarze życia osoby chorej. Należy również wspomnieć, iż największe trudności w opiece nad chorym na SM jak najbardziej adekwatnie korelują z objawami tej jednostki chorobowej.

Złożoność problemów członka rodziny, który opiekuje się przewlekle chorym, opisano także w podręczniku pod redakcją Talarskiej et al.⁶ Zwrócono uwagę, że chory doświadcza lęku i innych skrajnych emocji oraz problemów natury społecznej, psychologicznej i fizycznej. Nie ma wątpliwości, że wpływają one także na osobę opiekującą się chorym. Główną trudnością związaną z psychiką jest lęk, natomiast w obszarze biologicznym opiekunowie stykają się z deficytem samoopieki pacjenta spowodowanym: spastycznością, drżeniem mięśni, problemami z chodzeniem oraz zaburzeniami pracy narządów zmysłów, a także pogorszeniem komunikacji interpersonalnej.

W badaniach własnych zaobserwowano, że w miarę wydłużania się czasu opieki nad chorym na SM u opiekuna nawarstwiają się problemy różnej natury. Są to przede wszystkim: zmęczenie (78,9%), utrudnione korzystanie z dóbr materialnych (57,9%), a także pogorszenie kondycji fizycznej opiekuna (56,6%). Znajduje to potwierdzenie w analizowanym piśmiennictwie, w którym zwrócono uwagę na to, że choroba członka rodziny bardzo często

skłania opiekuna do „poświęcania się”. Zwykle rezygnuje on z dotychczasowych przyzwyczajęń, przyjemności, całkowicie podporządkowuje się potrzebom podopiecznego. Jest to jednak bardzo niebezpieczne w dłuższej perspektywie. Opiekun doświadcza bowiem przemęczenia, staje się niecierpliwy, pogarsza się jego kondycja fizyczna, łatwo się irytuje podczas kontaktów interpersonalnych. Zwrócono uwagę, że im więcej chwil osoba opiekująca się poświęca choremu, tym mniej troszczy się o własne zdrowie i samopoczucie.⁷ Wyniki badań własnych dotyczące wpływu sprawowania opieki na pełnienie ról społecznych przez osoby opiekujące się chorym członkiem rodziny ukazują, że zarówno brak możliwości samorealizacji, jak i realizacji planów zawodowych są istotne dla respondentów, aczkolwiek żadna z tych dysfunkcji nie dominuje nad drugą. Z dalszych rozważań oraz zestawienia zaburzeń związanych z pełnieniem ról społecznych z dominującymi problemami rodzin związanymi ze sprawowaniem opieki nad chorym na SM wynika, że 38,2% ankietowanych odczuwa brak możliwości troski o własne zdrowie. Fakt ten koresponduje z analizowanym piśmiennictwem, które podaje, że rodzina, w której jeden z członków cierpi na chorobę przewlekłą, „owija się wokół choroby”.⁶ Opiekunowie rezygnują wówczas z wielu zadań, ról, celów życiowych, planów zawodowych; degradacji ulega także samorealizacja. Przede wszystkim jednak zaniedbują swoje zdrowie. Jak ważne jest, aby opiekun chorego członka rodziny dbał o własne zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, zauważa Kawczyńska-Butrym.⁸ Według autorki tylko osoby zdrowe i sprawne są w stanie w pełnym wymiarze sprawować opiekę nad chorym. Jakikolwiek ograniczenia opiekuna powodują deficyt w opiece, zatem istotne jest, aby opieka nad chorym członkiem rodziny nie spowodowała, że opiekun będzie zaniedbywać własne zdrowie.

Wnioski

Trudności opiekunów związane z opieką nad chorym na stwardnienie rozsiane mają charakter wielowymiarowy i związane są z pojawieniem się problemów w funkcjonowaniu biopsychospołecznym.

Dominującymi problemami chorych, które sprawiają największe trudności opiekunom w sprawowaniu opieki są: lęk chorego przed narastającym pogorszeniem się jakości życia, deficyt samoopieki, spastyczność i drżenie mięśni oraz problem z dostępem do rehabilitacji i leczenia sanatoryjnego.

Brak możliwości samorealizacji oraz realizacji planów zawodowych stanowią problemy w zakresie pełnienia ról społecznych przez opiekuna.

Czas sprawowanej opieki nad chorym na SM ma istotny wpływ na występowanie problemów natury biopsychospołecznej. Wraz z długością sprawowania opieki zwiększa się liczba problemów opiekunów.

Piśmiennictwo

1. Synowiec-Piłat M, Łaska-Formejster A, red. *Społeczne konteksty chorób przewlekłych – wybrane zagadnienia*. Łódź: WUŁ; 2013:7–8.
2. Gałuszka A. *Człowiek przewlekle chory: Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: WUŚ; 2005:7–10.
3. Sekułowicz M, Oleniacz M, red. *Niesamodzielność – studia z pedagogiki specjalnej*. Wrocław: WNDSW; 2012:148.
4. Selmaj K, red. *Stwardnienie rozsiane*. Poznań: Termedia; 2013:11–12.
5. Świętochowski W. *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej – gdy rodzina ma korzyść z choroby*. Łódź: WUŁ; 2010: 41–42,71.
6. Talarska D, Wieczorowska-Tobis K, Szwałkiewicz E, red. *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi – podręcznik dla opiekunów medycznych*. Warszawa: PZWL; 2009: 80–82.
7. Świętochowski W. Choroba przewlekła w systemie rodziny. W: Janicka I, Liberska H, red. *Psychologia rodziny*. Warszawa: PWN; 2014:388–409.
8. Kawczyńska-Butrym Z. *Wyzwania rodziny – zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Makmed; 2008:14,25–26.

Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek

Satisfaction with life in the context of professional life of nurses

Ewa Kupcewicz^{A–F}, Wojciech Szczypiński^{A–D}, Alina Kędzia^{E,F}

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):27–32

Adres do korespondencji

Ewa Kupcewicz
e-mail: ekupcewicz@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.02.2017 r.

Po recenzji: 20.04.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Satysfakcja z życia, pozytywne uczucia i brak uczuć negatywnych stanowią 3 ważne elementy subiektywnego dobrego samopoczucia.

Cel pracy. Analiza poczucia satysfakcji z życia oraz poznanie wpływu czynników socjodemograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom satysfakcji pielęgniarek z ich życia zawodowego.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 110 pielęgniarek. Do pomiaru zmiennych zastosowano autorski kwestionariusz zawierający pytania o dane socjodemograficzne i związane ze środowiskiem pracy. Do analizy poczucia satysfakcji z życia użyto SWLS. Materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. Ogólny wskaźnik zadowolenia z życia pielęgniarek wynosił 21 ± 5 i był porównywalny z wynikiem uzyskanym podczas badań normalizacyjnych. Analiza wykazała, że 35,45% badanych określiło poziom satysfakcji z życia jako przeciętny, a taki sam odsetek (35,45%) uznał, że ma wysoki poziom satysfakcji. Stwierdzono istotny statystycznie wpływ czynników, takich jak: stan cywilny ($p < 0,02$), wykształcenie ($p < 0,005$), sytuacja materialna ($p < 0,002$), relacje ze współpracownikami ($p < 0,0001$) oraz relacje z przełożonymi ($p < 0,009$) na poziom satysfakcji z życia. Wiek, miejsce zamieszkania, forma zatrudnienia, liczba lat pracy i system pracy nie oddziaływały istotnie na poczucie satysfakcji z życia pielęgniarek.

Wnioski. Niekorzystnie na poziom satysfakcji z życia pielęgniarek wpływają przede wszystkim czynniki związane ze środowiskiem pracy, np.: trudna sytuacja finansowa, niepoprawne relacje interpersonalne ze współpracownikami i złe stosunki z bezpośrednim przełożonym.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, satysfakcja z życia, środowisko pracy

DOI

10.17219/pzp/75494

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. A sense of satisfaction with life, positive feelings and lack of negative emotions are the 3 important elements of subjective well-being.

Objectives. The study was conducted to analyze the life satisfaction and the impact of sociodemographic and work environment factors affecting satisfaction with life in the context of professional life of nurses.

Material and methods. The study included 110 nurses. A survey questionnaire developed by the author was used to measure the variables; it contained questions about the sociodemographic and work environment data. To study the sense of satisfaction with life, SWLS was used. The empirical material was analyzed statistically. The level of significance was set at $p < 0.05$.

Results. The overall satisfaction with life rate among nurses was 21 ± 5 and it was comparable to the results obtained during testing. In the study group, 35.45% of the respondents described their level of satisfaction with life as mediocre and the same percentage (35.45%) considered it as high. It was found that factors such as marital status ($p < 0.02$), education level ($p < 0.005$), material situation ($p < 0.002$), relationships with colleagues ($p < 0.0001$) and relations with the supervisor ($p < 0.009$) had a statistically significant influence on the level of life satisfaction. Age, place of residence, form of employment, years of experience, and work system had no significant impact on the sense of life satisfaction among nurses.

Conclusions. The level of satisfaction with life is mainly influenced by factors related to the working environment, such as poor financial situation, interpersonal relationships in the workplace and relations with the immediate supervisor.

Key words: nurse, life satisfaction, work environment

Wprowadzenie

Pojęcie satysfakcji z życia, często zamiennie stosowane z wyrażeniem „jakość życia”, jest różnie definiowane przez badaczy. W literaturze psychologicznej wiele uwagi poświęcono poczuciu subiektywnego dobrostanu, określonego również jako zadowolenie z życia.¹

Shin i Johnson definiują zadowolenie z życia jako „ogólną ocenę jakości życia odniesioną do wybranych przez siebie kryteriów”.^{2,3} Subiektywne dobre samopoczucie składa się z 3 komponentów: satysfakcji z życia, pozytywnych uczuć i braku uczuć negatywnych.³

Jak podają Wróbel i Finogenow, „mimo różnic w zakresie rozważań teoretycznych w badaniach dominuje ujęcie zadowolenia z życia jako nastawienia wobec własnego życia, które obejmuje dwa aspekty: poznawczy (ang. *cognitive aspect – contentment level*) i afektywny (ang. *affective aspect – hedonic level*).”^{1,4} Jak wynika z analizy literatury polskiej, zadowolenie poznawcze określane jest jako satysfakcja z życia, natomiast poziom afektywny określane jest jako dobrostan emocjonalny.¹

Według Juczyńskiego satysfakcja z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z osobistymi normami. Jeżeli wynik zestawienia jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji.³ Jachimowicz i Kostka uważają, że satysfakcja z życia to ogólna ocena zadowolenia z życia danej osoby odnoszona do osobistych standardów. Sprzyja aktywności i lepszemu radzeniu sobie z przeszkodami i trudnościami.⁵ Sirgy w swoich rozważaniach wskazuje, że poziom ogólnej satysfakcji zależy od zadowolenia człowieka z różnych sfer życia, takich jak: zdrowie, praca, rodzina, przyjaciele, w tym również materialny standard.⁶ Paradoksalnie wyniki wielu badaczy sugerują negatywny wpływ posiadanych dóbr materialnych na satysfakcję z życia jednostki i jej poczucie szczęścia. Badania przepro-

wadzone w Australii, Ameryce i Azji ujawniły negatywną korelację materializmu z ogólną satysfakcją z życia, a także zadowoleniem z poszczególnych jego sfer, takich jak: standard życia, życie rodzinne, relacje interpersonalne, zabawa i rozrywka.^{7–11} Mudyń i Pietras dokonali przeglądu dostępnej literatury i poddali analizie związku 2 typów wartości, materialnych oraz religijnych, ze wskaźnikami zdrowia psychicznego i satysfakcji z życia. Okazało się, że koncentracja na wartościach materialnych zwykle wiąże się z mniejszą satysfakcją z życia i gorszym przystosowaniem społecznym, natomiast realizacja tych wartości, które korespondują z rozwojem osobistym i angażują wewnętrzne standardy ocen, ma pozytywny wpływ na satysfakcję z życia i zdrowie psychiczne.¹¹

W przypadku czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych satysfakcja z życia może wiązać się z satysfakcją z pracy. Na poziom satysfakcji z pracy mogą mieć wpływ czynniki związane ze środowiskiem pracy oraz cechy indywidualne pielęgniarek. Do czynników związanych ze środowiskiem pracy można zaliczyć m.in.: organizację pracy, relacje w zespole terapeutycznym, relacje z pacjentem i jego rodziną, zakres powierzonych zadań, kulturę organizacji, system motywacyjny, system szkoleń zakładowych i pozazakładowych, prestiż i autonomię zawodu, wynagrodzenie, wyposażenie stanowiska pracy. Cechy indywidualne pielęgniarek mające związek z poczuciem satysfakcji życiowej i zawodowej to przede wszystkim: wiek, stan cywilny, wyznanie, przyjęte wzory osobowościowe, samoocena oraz obecność zespołu wypalenia zawodowego związanego z wyczerpaniem emocjonalnym, osobistymi osiągnięciami i depersonalizacją.^{12–14}

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: jaki poziom zadowolenia z życia przejawiają pielęgniarki oraz w jakim zakresie wybrane czynniki so-

cyjodemograficzne i związane ze środowiskiem pracy mają wpływ na poziom satysfakcji z życia zawodowego pielęgniarek?

Materiał i metody

Materiał empiryczny zebrano w pierwszej połowie 2016 r. w 3 podmiotach leczniczych na terenie Olsztyna. Grupa badana liczyła 110 osób. Jako kryterium włączenia do badań przyjęto minimum roczny staż pracy na stanowisku pielęgniarki. Badanie wykonano zgodnie z przyjętymi standardami etyki, respondenci zostali poinformowani o jego celu oraz przestrzeganiu prawa do poufności danych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a do zebrania danych wykorzystano autorski kwestionariusz zawierający pytania o dane socjodemograficzne i związane ze środowiskiem pracy (tj.: wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, formę zatrudnienia, liczbę lat pracy w zawodzie, system pracy, sytuację finansową). Do badania poczucia satysfakcji z życia zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa Dienera, Emmons, Larsen i Griffin w polskiej adaptacji Juczyńskiego.³ Kwestionariusz zawierał 5 stwierdzeń, które osoba badana oceniała w 7-stopniowej skali Likerta (od 1 – zupełnie się nie zgadzam do 7 – całkowicie się zgadzam). Oceny zsumowano, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z życia. Zakres wyników mieścił się w granicach 5–35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia. Właściwości psychometryczne SWLS są zadowalające. Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności α wynosił 0,87, zaś korelacja między wynikami 2 badań przeprowadzonych w odstępie 2 miesięcy okazała się niewiele niższa.³ Materiał poddano analizie statystycznej, wykorzystując program komputerowy STATISTICA 12 (StatSoft). Do oceny różnicowania wartości średnich badanych cech w klasach zmiennych grupujących respondentów zastosowano test ANOVA rang Kruskala–Wallisa (H). Wielkości efektu istotnych wpływów zmiennych zależnych i niezależnych przedstawiono jako wskaźnik ϵ^2 z przedziałem wartości siły związku (0, 1). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Wiek respondentek zawierał się w przedziale 22–62 lat, natomiast średnia wieku wynosiła 41,8 roku $\pm 10,2$ roku z medianą 43,5 roku. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41–50 lat ($n = 45$; 40,91%). W większości pochodziły z miasta ($n = 74$; 67,27%), były zamężne ($n = 70$; 63,64%), pracowały w zawodzie przez 21–30 lat ($n = 43$; 39,09%) i były zatrudnione na umowę o pracę na czas nieokreślony ($n = 85$; 77,27%). Ponad 1/3 badanych ukończyła studia II stopnia i posiadała dyplom magistra

pielęgniarstwa (37,27%). Własną sytuację materialną 55,45% ($n = 61$) oceniło jako dobrą, a 32,73% ($n = 36$) na poziomie dostatecznym. Wysoki odsetek badanych pielęgniarek pracował w systemie zmianowym ($n = 94$; 85,45%). W ocenie 63,64% ($n = 70$) respondentek ich relacje z przełożonymi układały się dobrze. Do zbadania poczucia satysfakcji z życia w grupie pielęgniarek czynnych zawodowo wykorzystano narzędzie SWLS, które ocenia emocje poprzez określenie stopnia zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków życia. Obliczono ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia w grupie pielęgniarek, który wynosił 21 punktów ± 5 punktów i był porównywalny z wynikiem uzyskanym podczas badań normalizacyjnych (21,09 $\pm 5,26$). W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich przeliczono wskaźniki na skalę stenową, która jest skalą testu psychologicznego znormalizowaną tak, aby średnia w populacji wynosiła 5,5, a odchylenie standardowe 2. Skala zawiera 10 jednostek, a skok skali równa się 1 sten. Steny w granicach 1–4 świadczą o wynikach niskich, zaś w przedziale 7–10 traktowane są jako wysokie. Wyniki badań własnych wskazują, że 35,45% ($n = 39$) pielęgniarek wysoko oceniło swoją satysfakcję z życia, taka sama grupa wskazała na przeciętny poziom satysfakcji, natomiast 29,09% ($n = 32$) charakteryzowało się niskimi wynikami, co świadczy o małym zadowoleniu z własnych dokonań. Średnia wartość stenów dla całej grupy równała się 5,70 $\pm 1,97$ i wskazywała na przeciętną satysfakcję z życia.

Kolejnym etapem badań była ocena wpływu wybranych czynników socjodemograficznych i związanych ze środowiskiem pracy, takich jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, forma zatrudnienia, liczba lat pracy, system pracy i sytuacja finansowa na poziom satysfakcji z życia (tabela 1).

W wyniku analizy stwierdzono istotny statystycznie wpływ następujących zmiennych na poziom satysfakcji z życia pielęgniarek: stanu cywilnego ($p < 0,02$), wykształcenia ($p < 0,005$) i sytuacji finansowej ($p < 0,002$). Najwyższy poziom satysfakcji osiągnęły osoby stanu wolnego (22,8 $\pm 4,95$) oraz pozostające w związku małżeńskim (21,2 $\pm 5,26$), natomiast osoby owdowiałe miały niższy poziom satysfakcji z życia (14,5 $\pm 2,12$). Pielęgniarki, które ukończyły studia wyższe magisterskie (24,7 $\pm 3,67$), cieszyły się istotnie wyższym poziomem satysfakcji życiowej niż pielęgniarki, które posiadały niższe kwalifikacje zawodowe – ukończyły liceum medyczne lub policealne studium zawodowe (19,1 $\pm 5,98$). Bardzo duże znaczenie w ocenie poziomu satysfakcji z życia miała zamożność badanych. Pielęgniarki, które miały bardzo dobrą lub dobrą sytuację finansową (22,6 $\pm 5,10$) reprezentowały istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji z życia niż pielęgniarki, których sytuacja finansowa była zła lub bardzo zła (15,4 $\pm 4,48$). Zapytano także badanych, jaki mają pogląd na temat wynagrodzenia za pracę. Okazało się, że tylko co czwarta osoba uważała, że jej wynagrodzenie za pracę jest adekwatne do wysiłku, jaki w nią wkłada (tabela 2).

Tabela 1. Istotność oraz siła wpływu zmiennych socjodemograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom satysfakcji z życia

Table 1. Significance and impact of the sociodemographic and work-related variables on the level of life satisfaction

Zmienna	n	Skala Satysfakcji z Życia						
		M ±SD	ufność –95%	ufność –95%	Me	H	p	ε ²
Wiek w latach								
21–30	23	22,3 ±5,88	19,76	24,85	23,00			
31–40	19	21,8 ±5,54	19,12	24,46	23,00	2,71	<0,43	0,02
41–50	45	20,5 ±4,93	19,05	22,02	21,00			
>51	23	20,0 ±6,12	17,31	22,60	18,00			
Stan cywilny								
panna	23	22,8 ±4,95	20,64	24,92	23,00			
zamężna	70	21,2 ±5,26	19,99	22,50	22,00	0,05	<0,02	0,00
rozwidziona	15	18,0 ±6,26	14,54	21,46	17,00			
wdowa	2	14,5 ±2,12	–4,56	33,56	14,50			
Miejsce zamieszkania								
miasto	74	20,5 ±5,23	19,27	21,70	20,50	2,22	<0,13	0,02
wieś	36	22,1 ±5,95	20,04	24,07	22,50			
Wykształcenie								
liceum medyczne/policealne studium zawodowe	22	19,1 ±5,98	16,44	21,74	17,50			
wyższe I stopnia pielęgniarskie	41	19,6 ±5,07	18,01	21,21	20,00	12,50	<0,05	0,11
wyższe II stopnia pielęgniarskie	41	22,9 ±5,16	21,25	24,51	23,00			
inne wyższe mające zastosowanie w ochronie zdrowia	6	24,7 ±3,67	20,82	28,52	24,00			
Forma zatrudnienia								
umowa o pracę na czas nieokreślony	85	21,3 ±5,56	20,06	22,46	22,00	1,66	<0,43	0,02
umowa o pracę na czas określony	14	20,9 ±5,25	17,83	23,89	20,00			
umowa cywilnoprawna, tzw. kontraktowa	11	19,2 ±5,47	15,50	22,86	18,00			
Liczba lat pracy								
<10	27	22,7 ±5,79	20,45	25,03	23,00			
11–20	19	21,4 ±5,25	18,84	23,90	21,00	5,42	<0,14	0,05
21–30	43	20,7 ±4,97	19,19	22,25	21,00			
>3	21	19,0 ±6,00	16,27	21,73	18,00			
System pracy								
niezmianowy	16	19,6 ±5,16	16,87	22,38	20,50	1,14	<0,28	0,01
zmianowy	94	21,2 ±5,55	20,10	22,37	22,00			
Sytuacja finansowa								
dobra/bardzo dobra	64	22,6 ±5,10	21,35	23,90	23,00	16,93	<0,02	0,16
dostateczna	36	19,7 ±5,16	17,92	21,41	20,50			
zła/bardzo zła	10	15,4 ±4,48	12,20	18,60	14,50			

Istotne statystycznie: p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001.

Tabela 2. Poglądy pielęgniarek na temat wynagrodzenia za pracę

Table 2. The views of nurses on the wage for their work

Poglądy na temat wynagrodzenia za pracę	n	%
Jestem przekonana, że moje wynagrodzenie nie jest adekwatne do wykonywanej przeze mnie pracy (jest zbyt niskie)	80	72,73
Uważam, że moje wynagrodzenie jest adekwatne do rodzaju pracy, jaką wykonuję	27	24,54
Myślę, że jestem wynagradzana za pracę wysoko	3	2,73
Ogółem	110	100,00

Wykonywanie zadań pielęgniarki wymaga pracy zespołowej. Relacje ze współpracownikami oparte na wzajemnej uczciwości, pomocy i wsparciu przekładają się na jakość pracy całego zespołu. Analizując poziom satysfakcji z życia pielęgniarek w zależności od oceny relacji ze współpracownikami, stwierdzono istotnie statystycznie różnice na poziomie p < 0,0005. Pielęgniarki, które wskazały,

że ich relacje ze współpracownikami były bardzo dobre (23,6 ±4,56), miały istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia niż pielęgniarki, które oceniały te relacje jako dostateczne lub słabe (16 ±5,06). Podobnie zostały ocenione relacje z przełożonymi w pracy zawodowej. W analizach stwierdzono istotny statystycznie (p < 0,02) wpływ relacji z przełożonymi na poziom satysfakcji z życia pielęgniarek (tabela 3).

Omówienie

Badania wykazały, że 35,45% ankietowanych pielęgniarek uznaje swój poziom satysfakcji z życia za przeciętny. Średni wynik poczucia satysfakcji dla ogółu badanych wyniósł 21 ±5 i był porównywalny z wynikami w badaniach normalizacyjnych.³ W badaniach własnych wykazano, że poziom satysfakcji z życia pielęgniarek był istotnie zależny od stanu cywilnego, wykształcenia

Tabela 3. Istotność oraz siła wpływu oceny relacji ze współpracownikami i przełożonymi na poziom satysfakcji z życia

Table 3. Significance and impact of the relationship with colleagues and supervisors on the level of life satisfaction

Ocena relacji	n	M ±SD	Ufność –95%	Ufność –95%	Me	H	p	ε ²
Ze współpracownikami								
bardzo dobre	31	23,6 ±4,56	21,97	25,32	25,00	17,64	<0,0001	0,16
dobre	65	20,8 ±5,34	19,48	22,12	21,00			
dostateczne/słabe	14	16,1 ±4,70	13,36	18,78	15,00			
Z przełożonymi								
bardzo dobre	19	22,8 ±4,9	20,50	25,32	23,00	9,41	<0,009	0,08
dobre	70	21,5 ±5,6	20,13	22,12	22,00			
dostateczne/słabe	21	17,8 ±4,7	15,68	18,78	18,00			

Istotne statystycznie: p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001.

i sytuacji finansowej pielęgniarek. W badaniach prowadzonych przez Kunecką w grupie 1261 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach wynioskowano, że na niezadowolenie pielęgniarek w znacznym stopniu miały wpływ czynniki wywodzące się ze środowiska pracy. Dotyczyły one zbyt niskich świadczeń płacowych i pozapłacowych, a także braku możliwości awansu zawodowego.¹⁵ Z przeglądu piśmiennictwa wynika, że autorzy wielu prac wskazują na trudną sytuację finansową pielęgniarek w Polsce trwającą od wielu lat, powodującą niezadowolenie i frustrację w tej grupie zawodowej.^{15,16} Mastalerz stwierdził, że praca może przynosić wiele satysfakcji, ale jednocześnie stanowić źródło dużych obciążeń emocjonalnych, które w konsekwencji prowadzą do wyczerpania emocjonalnego i rozwoju zespołu wypalenia zawodowego.¹⁷ W środowisku pracy pielęgniarki występuje wiele zjawisk szkodliwych, uciążliwych i niebezpiecznych. Oprócz czynników biologicznych, chemicznych i fizycznych przedstawiciele tego zawodu narażeni są na działanie negatywnych bodźców natury psychologicznej. Pielęgniarka towarzyszy człowiekowi w zdrowiu i chorobie, od narodzin aż do śmierci. Praca wymaga wspólnego działania, a nie zawsze stosunki panujące w zespołach terapeutycznych przynoszą satysfakcję pracownikom. W badaniach prowadzonych przez Sowińską et al. w grupie 96 studentów studiów pomostowych na kierunku pielęgniarstwo większość respondentów (81%) uważała, że „napięta atmosfera pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego ma wpływ na odczuwanie przez nich satysfakcji zawodowej”, lecz wpływ atmosfery w zespole terapeutycznym na satysfakcję zawodową uznano za nieistotny statystycznie.¹⁸ W badaniach Kuneckiej wykazano, że w tzw. grupie czynników „perspektywy pracy” pielęgniarki są zadowolone z relacji interpersonalnych przekładających się na stosunki panujące w zespole, komunikację interpersonalną oraz kulturę organizacyjną.¹⁵ W badaniach własnych odnotowano bezpośredni związek między relacjami interpersonalnymi, jakie występują w środowisku pracy, a poczuciem satysfakcji z życia pielęgniarek. Udowodniono, że złe relacje ze współpracownikami i przełożo-

nymi obniżały poczucie satysfakcji z życia. Satysfakcja z wykonywania zawodu jest ważną składową ogólną satysfakcji z życia. Jej brak powoduje niezadowolenie, niechęć, demotywację i frustrację, które wpływają na powstanie wypalenia zawodowego.^{19–22} W badaniach prowadzonych przez Dębską et al. w grupie 156 pielęgniarek pracujących w różnych oddziałach szpitalnych stwierdzono m.in., że „największe obciążenie w pracy pielęgniarki związane jest głównie z presją czasu, wysoką odpowiedzialnością, problemami i konfliktami”.²³ W innych badaniach przeprowadzonych w województwie podlaskim wykazano, że ponad połowa pielęgniarek biorących w nich udział odczuwała satysfakcję z wykonywanej pracy, a jednocześnie 72,6% respondentek było narażonych na stres w miejscu pracy.¹⁹

Autorzy niniejszego artykułu uważają, że przedstawione wyniki powinny być przyczynkiem do dalszych rozważań naukowych. Konieczne jest uwzględnianie w badaniach na temat satysfakcji z życia pielęgniarek stopnia zadowolenia z życia zawodowego, ponieważ stanowią one grupę zawodową zagrożoną wypaleniem zawodowym.

Wnioski

Ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia badanych pielęgniarek jest na poziomie przeciętnym i nie różni się od swojego odpowiednika w grupie normalizacyjnej.

Niekorzystnie na poziom satysfakcji z życia w badanej grupie wpływają czynniki takie, jak: trudna sytuacja finansowa, niewłaściwe relacje interpersonalne ze współpracownikami, złe stosunki z bezpośrednim przełożonym, wdowieństwo i brak wyższego wykształcenia.

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu na poziom satysfakcji z życia: wieku, miejsca zamieszkania, systemu pracy, formy zatrudnienia oraz liczby lat pracy w zawodzie.

Istnieje potrzeba rozwijania i doskonalenia umiejętności efektywnego komunikowania się i budowania współpracy w zespołach terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Finogenow M. Poczucie koherencji a satysfakcja z życia i dobrostan emocjonalny osób w wieku emerytalnym. *Psychologia społeczna*. 2013;8(3):346–353.
2. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res*. 1978;5(1–4):475–492.
3. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009:128–136.
4. Wróbel M, Finogenow M. Emocje i motywacja. W: Bielawska-Batorowicz E, red. *Człowiek i ludzie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne. 2012;52–89.
5. Jachimowicz V, Kostka T. Satysfakcja z życia starszych kobiet. *Ginekol Prakt*. 2009;17(3):27–32.
6. Sirgy MJ. Materialism and quality of life. *Soc Indic Res*. 1998;43(3):227–260.
7. Ryan L, Dziurawiec S. Materialism and its relationship to life satisfaction. *Soc Indic Res*. 2001;55(2):185–197.
8. Saunders S, Munro D. The construction and validation of a consumer orientation questionnaire (SCOI) designed to measure Fromm's „marketing character” in Australia. *Soc Beh Person*. 2000;28(3):219–240.
9. Swinyard RW, Kau AK, Phua HY. Happiness, materialism, and religious experience in the US and Singapore. *J Happ Stud*. 2001;2(1):13–32.
10. Kau AK, Kwon TS, Wirtz J. The influence of materialistic inclination on values, life satisfaction and aspiration: An empirical analysis. *Soc Indic Res*. 2000;49(3):317–333.
11. Mudyń K, Pietras K. Preferowane wartości a zdrowie i satysfakcja z życia. *Psychoterapia*. 2007;1(140):5–25.
12. Lee H, Hwang S, Kim J, Daly B. Predictors of life satisfaction of Korean nurses. *J Adv Nurs*. 2004;48(6):632–641.
13. Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction and intent to stay: Comparing teaching and non teaching hospitals. *J Prof Nurs*. 2007;23(3):125–136.
14. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, et al. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl Pielęg*. 2009;17(3):167–172.
15. Kunecka D. Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2010;91(3):451–457.
16. Andruszkiewicz A. Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. *Probl Pielęg*. 2007;15(2–3):159–160.
17. Mastalerz M. Zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD): Remedium – profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia. *Remedium* 2010;1:22–23.
18. Sowińska K, Kresowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Probl Pielęg*. 2012;20(3):361–368.
19. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, et al. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Pielęg*. 2011;19(3):307–314.
20. Modzelewska T, Kulik TB. Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania: Sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. *Annales UMCS*. 2003;58 (Supl 13):311–315.
21. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl Pielęg*. 2008;16(3):273–279.
22. Tartas M, Derewicz G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym: hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Fam Med Prim Care Rev*. 2008;10:713–717.
23. Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka E. Obciążenia psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia public health*. 2014;49(1):113–119.

Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych

Selected aspects of assessing the quality of life of patients with colorectal cancer and their families in the light of own research

Edyta M. Kędra^{1,A,C-F}, Waldemar Wiśniewski^{2,A-C}

¹ Wydział Nauk Medycznych, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu, Ciborz

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):33–38

Adres do korespondencji

Edyta M. Kędra
e-mail: edyta.kedra@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2017 r.

Po recenzji: 19.07.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 16.09.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Badania nad jakością życia stają się nieodzownym elementem terapii medycznych. Stanowią dopełnienie wiedzy o danym pacjencie czy grupie chorych, a także o ich najbliższych członkach rodziny, pozwalają ocenić sposób radzenia sobie z problemami. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do pacjentów leczonych onkologicznie i ich rodzin, których jakość życia pogarsza się wraz z postępem choroby. Ocena jakości życia pozwala na udzielenie odpowiedniego wsparcia.

Cel pracy. Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów chorujących na raka jelita grubego oraz członków ich rodzin.

Materiał i metody. Materiał badawczy zebrano w okresie od września do grudnia 2013 r. od 105 pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego oraz 105 członków ich rodzin. Do jego zgromadzenia posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, w której wykorzystano dwa autorskie kwestionariusze (osobny dla pacjenta i dla członka jego rodziny).

Wyniki. Czas trwania choroby w sposób istotny wpływał na ocenę jakości życia badanych chorych ($p = 0,01$). Aż 48 (45,71%) badanych pacjentów przyznało się do dominującego nad innymi uczucia lęku, smutku i przygnębienia, a 42 z nich (40%) uczucia te towarzyszyły czasami. Badania wykazały, że 47 (44,76%) badanych pacjentów i 22 (20,95%) członków ich rodzin zadeklarowało ograniczenie kontaktów towarzyskich z powodu choroby nowotworowej, natomiast 47 (43,81%) ankietowanych chorych uznało, iż ich relacje małżeńskie są takie same, jak były. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza wskazują, że 38 (36,19%) pacjentów i 53 (50,48%) członków ich rodzin nie zauważyło żadnych zmian w relacjach ze swoimi dziećmi, a 58 (55,24%) badanych pacjentów i 78 (74,29%) badanych członków ich rodzin nie potwierdziło zmian w ich sytuacji zawodowej spowodowanych chorobą.

Wnioski. Długość trwania choroby wpływa w sposób istotny na jakość życia chorych na raka jelita grubego. Choroba nie oddziałuje znacząco na życie rodzinne ankietowanych oraz ich życie zawodowe, natomiast ogranicza kontakty towarzyskie.

Słowa kluczowe: jakość życia, rodzina, rak jelita grubego

DOI

10.17219/pzp/77040

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Research on the quality of life is an indispensable part of medical therapy as it provides knowledge about the patient or a group of patients and their immediate family members, and helps assess how they deal with the disease.

Objectives. The aim of the study was to assess selected aspects of the quality of life of patients with colorectal cancer and their family members.

Material and methods. The research material was obtained from September to December 2013. The study group consisted of 105 patients with diagnosed colorectal cancer and their 105 family members. A survey method with 2 questionnaires was used (1 for the patient and 1 for the family member).

Results. Duration of the disease significantly influenced patients' quality of life ($p = 0.01$). Forty-eight (45.71%) of the interviewed patients admitted to their prevailing fear, sadness and depression, and 42 (40%) declared that these feelings accompanied them from time to time. Forty-seven (44.76%) of the examined patients and 22 (20.95%) of the examined family members confirmed the reduction of social contacts because of cancer. All of 47 (43.81%) of the surveyed patients considered their marriage to be "the same as before", and 38 (36.19%) of the patients and 53 (50.48%) of the surveyed family members did not notice any changes in their relationship with their children. Moreover, 58 (55.24%) of the examined patients and 78 (74.29%) of the examined family members did not confirm changes in their occupational status due to the disease.

Conclusions. The duration of the disease has a significant impact on the quality of life of patients with colorectal cancer. The disease did not significantly affect the respondents' family and working life, but it limited their social contacts.

Key words: quality of life, family, colorectal cancer

Wprowadzenie

Rak jelita grubego mimo ciągłych badań przesiewowych i strategii prewencyjnych nadal jest dużym wyzwaniem dla współczesnej medycyny.¹ Nowotwór ten jest ważnym problemem zdrowotnym i społecznym nie tylko w Polsce, ale także na świecie, a w Europie należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych.²

Moment pojawienia się choroby nowotworowej w rodzinie jest wydarzeniem stresogennym nie tylko dla samego pacjenta, ale również dla jego najbliższych. Pojawia się u nich uczucie strachu, przygnębienia, zamartwiania się oraz obawa o to, co będzie dalej. Pogorszeniu ulega dotychczasowa jakość życia, która według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) określana jest jako „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”.³

Ocena jakości życia w dużej mierze zależy od stanu zdrowia, czyli wpływu choroby i leczenia na funkcjonowanie chorego i jego najbliższych w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Poznanie poziomu jakości życia może w konsekwencji poprawić komunikację z pacjentem i jego rodziną, pozwalając nie tylko na poznanie ich punktu widzenia, ale również ułatwiając rozwiązywanie istotnych dla terapii problemów psychosocjalnych. Według Ebrahima jakość życia jest uwarunkowana długością życia i modyfikowana przez niepełnosprawność fizyczną, ograniczenia funkcjonalne, sposób ich postrzegania i rodzaj aktywności społecznej.⁴ Psycholodzy uważają, że rodzina chorego to tzw. „pacjenci drugiego rzutu”, którzy również wymagają wsparcia, aby mogli polepszyć swoją jakość życia.

Głównym celem badań było dokonanie oceny jakości życia pacjentów chorujących na raka jelita grubego oraz członków ich rodzin. Wyróżniono także cele szczególne: określenie wpływu jednostki chorobowej na poszczególne sfery jakości życia pacjentów oraz członków ich rodzin z uwzględnieniem stopnia zaawansowania choroby; określenie najpopularniejszych wskaźników, według których chorzy i członkowie ich rodzin oceniają swoją jakość życia; poznanie trudności, z jakimi na co dzień zmagają się pacjenci oraz członkowie ich rodzin oraz określenie stopnia samodzielności chorych na nowotwór jelita grubego w poszczególnych sferach ich życia codziennego.

Materiał i metody

Materiał badawczy został zebrany w okresie od września do grudnia 2013 r. od pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego ($n = 105$) oraz ich członków rodzin ($n = 105$). Chorzy byli hospitalizowani w 3 podmiotach leczniczych działających na terenie województwa lubuskiego i wypełniali kwestionariusz w salach chorych w różnym czasie, natomiast członkowie rodzin – podczas odwiedzin w szpitalu.

Zarówno wśród pacjentów, jak i ich rodzin przeważały kobiety (odpowiednio $n = 54$; 51,42% i $n = 72$; 68,57%).

Pod względem wieku ankietowani chorzy stanowili grupę dość mało zróżnicowaną. Osób mających 31–40, 41–50, 5–60 i >60 lat w grupie badanej było odpowiednio: 22 (20,95%), 24 (22,86%), 24 (22,86%) i 29 (27,62%). Jedynie grupa osób <30. r.ż. była wyraźnie mniej liczna ($n = 6$; 5,71%). Z kolei członkowie rodzin poddani badaniu stanowili grupę bardziej zróżnicowaną pod względem wieku, najwięcej osób miało: 51–60 lat ($n = 32$; 30,48%), 41–50 lat

(n = 27; 25,71%) i >60 lat (n = 25; 23,81%). Podobnie jak wśród pacjentów najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku <30 lat (n = 8; 7,62%).

Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupą wśród chorujących na nowotwór jelita grubego były osoby z wykształceniem średnim (n = 36; 34,28%) i zawodowym (n = 32; 30,48%). Respondentów z wykształceniem wyższym było 25 (23,81%), a z podstawowym 12 (11,43%). Wśród rodzin osób chorych zdecydowanie najwięcej było ankietowanych z wykształceniem średnim (n = 43; 40,95%). Osób z wykształceniem zawodowym było 29 (27,62%), z wyższym 22 (20,95%), a z podstawowym 11 (10,48%).

W celu przeprowadzenia badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankiety, do której wykorzystano 2 autorskie kwestionariusze skierowane odpowiednio do pacjentów i do ich rodzin.

Ankieta przeznaczona dla pacjentów składała się z 7 części, w których zawarto pytania dotyczące przebiegu choroby, samooceny stanu fizycznego i sprawności ruchowej, objawów somatycznych, samooceny funkcjonowania w sferze psychicznej, samooceny własnej sytuacji społecznej, religijnej sfery życia chorego oraz sposobu rozumienia pojęcia jakości życia i jej wskaźników związanych. Pytania były alternatywne (można było udzielić odpowiedzi: „tak”, „nie” albo „nie wiem”), otwarte lub wielokrotnego wyboru (zamknięte i półotwarte).

Kwestionariusz skierowany do członków rodzin zawierał pytania o wiedzę o chorobie i obecnej sytuacji zdrowotnej bliskiego członka rodziny, samoocenę swojego funkcjonowania w sferze psychicznej i społecznej, a także rozumienie pojęcia jakości życia i jego wskaźników. Podobnie jak w przypadku narzędzia skierowanego do pacjentów, również w tym pytaniach miały charakter pytań alternatywnych, wielokrotnego wyboru zamkniętych.

Wyniki

Czas trwania choroby przez 45 (42,86%) badanych został określony jako „dopiero wykryto chorobę”, dla 22 (20,95%) wynosił od 1–5 miesięcy, a dla 17 (6,19%) – 5–12 miesięcy. W badanej grupie były też osoby, które chorowały dłużej: 8 (7,62%) przez 1–1,5 roku, 7 (6,67%) – 1,5 roku – 2 lat, a 6 (5,71%) >2 lat. Czas trwania choroby przełożył się również na liczbę pobytów w szpitalu w ciągu roku, jaką mają za sobą ankietowani w związku z rozpoznaniem raka jelita grubego: 51 z nich (51,43%) było hospitalizowanych po raz pierwszy, 15 (14,28%) było hospitalizowanych tylko raz w roku, a 28 (26,67%) – 2–3 razy w roku. Aż 4–5 razy w roku było hospitalizowanych 5 (4,76%) badanych, a >5 razy w roku – 3 (2,86%).

Prawie połowa (n = 48; 45,71%) badanych przyznała się do wzmożonego odczuwania lęku, smutku i przygnębienia, a 42 (40%) ankietowanym uczucia te towarzyszyły

czasami. Tylko 15 (14,29%) badanych pacjentów nie doświadczało negatywnych odczuć, jakie często towarzyszą pacjentom chorym na raka. Badania wykazały, że 47 (44,76%) badanych pacjentów i 22 (20,95%) członków ich rodzin ograniczyło kontakty towarzyskie z powodu nowotworu, natomiast 37 (35,24%) chorych i 46 (43,81%) członków ich rodzin deklaruje sytuację odwrotną. Większość (n = 47; 43,81%) badanych pacjentów uznała, iż ich relacje małżeńskie są takie same, jak były, a 38 (36,19%) ankietowanych chorych i 53 (50,48%) członków ich rodzin nie zauważyło żadnych zmian w relacjach ze swoimi dziećmi. Aż 58 (55,24%) badanych pacjentów i 78 (74,29%) ich krewnych nie potwierdziło zmian w ich sytuacji zawodowej spowodowanych chorobą (tabela 1).

Tabela 1. Zmiany w wybranych elementach funkcjonowania społecznego badanych spowodowane chorobą nowotworową

Table 1. Changes in the chosen elements of public functioning due to cancer according to the patients

Pytania	Odpowiedzi	Pacjenci		Rodziny pacjentów	
		n	%	n	%
Czy ograniczył Pan/ ograniczyła Pani kontakty towarzyskie?	tak	47	44,76	22	20,95
	nie	37	35,24	46	43,81
	tylko z niektórymi osobami	16	15,24	22	20,95
Czy zmieniły się Pana/ Pani stosunki małżeńskie?	nie utrzymywałem/ utrzymywałam kontaktów towarzyskich	5	4,76	15	14,28
	nie mam żony/męża	10	9,52	–	–
Czy zmieniły się Pana/ Pani relacje z dziećmi?	trudno mi określić	29	27,62	–	–
	są takie same, jak były	47	43,81	–	–
	tak, na gorsze	10	9,52	–	–
	tak, na lepsze	10	9,52	–	–
Czy zmieniła się Pana/ Pani sytuacja zawodowa?	tak, są lepsze niż były	21	20,00	13	12,38
	tak, są gorsze niż były	4	3,81	2	1,90
	nie potrafię określić	23	21,91	15	14,29
	jest tak samo, jak było	38	36,19	53	50,48
Czy zmieniła się Pana/ Pani sytuacja zawodowa?	nie mam dzieci	19	18,09	22	20,95
	tak, całkowicie	28	26,67	6	5,71
	zostałem przeniesiony na inne stanowisko	14	13,33	5	4,76
	nie	58	55,24	78	74,29
Czy zmieniła się Pana/ Pani sytuacja zawodowa?	nigdy nie pracowałem	5	4,76	16	15,24

W toku badań sondażowych i przeprowadzania analiz statystycznych zauważono, iż czas trwania choroby w sposób istotny wpływał na ocenę jakości życia badanych chorych (p = 0,01), w przeciwieństwie do ich wieku (p = 0,53). Czas trwania choroby i częstość hospitalizacji nie wpływały w znaczący sposób na uczucie strachu, smutku i przygnębienia u badanych pacjentów (tabela 2).

Tabela 2. Wpływ czasu trwania choroby i częstości hospitalizacji na uczucie strachu, smutku i przygnębienia u badanych pacjentów

Table 2. Influence of the duration of the disease and the frequency of the hospitalization on feeling fear, sadness and depression according to the patients

Zmienne	p	χ^2	r
Czas trwania choroby; uczucie smutku, żalu	0,05	0,84	0,02
Czas trwania choroby; uczucie strachu		0,99	-0,04
Liczba hospitalizacji; uczucie smutku, żalu		0,30	-0,04
Liczba hospitalizacji; uczucie strachu		0,55	-0,07

Sprawdzono również, czy jakość życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego pacjentów zmieniała się od momentu postawienia diagnozy w sposób istotny i czy była zależna od wieku chorego i czasu trwania choroby. Potwierdzono związek pomiędzy długością choroby a relacjami z dziećmi (zarówno biorąc pod uwagę wszystkie odpowiedzi, jak i po odrzuceniu odpowiedzi „nie mam dzieci”, $\chi^2 = 0,02$), a także hipotezę o zależności relacji z dziećmi od wieku chorego (tylko w przypadku odrzucenia odpowiedzi „nie mam dzieci”, $\chi^2 = 0,03$). Pomędzy pozostałymi zmiennymi nie zostały potwierdzone zależności (tabela 3).

Tabela 3. Zmiana jakości życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego pacjentów od momentu postawienia diagnozy w zależności od wieku chorego i czasu trwania choroby

Table 3. Changes in the quality of social, professional and family life of patients from the moment of making a diagnosis with regard to patient's age and disease duration

Zmienne	p	χ^2	χ^2 bez odpowiedzi „nie mam”
Wiek; ograniczone kontakty towarzyskie	0,05	0,48	0,43
Wiek; relacje ze współmałżonkiem		0,22	0,18
Wiek; relacje z dziećmi		0,09	0,03
Wiek; rezygnacja z pracy zawodowej		0,87	0,90
Czas trwania choroby; ograniczone kontakty towarzyskie		0,30	0,15
Czas trwania choroby; relacje ze współmałżonkiem		0,24	0,23
Czas trwania choroby; relacje z dziećmi		0,02	0,02
Czas trwania choroby; rezygnacja z pracy zawodowej		0,23	0,15

Nastawienie do choroby i czas jej trwania mogą w istotny sposób wpływać na pokonywanie codziennych trudności zarówno przez samych chorych, jak i członków ich rodzin, dlatego też i ten aspekt został poddany ocenie. W odniesieniu do badanych pacjentów potwierdzono istnienie związku tylko pomiędzy nastawieniem do choroby a potrzebą pomocy innych osób w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych ($p = 0,05$) – tabela 4.

Tabela 4. Wpływ nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez chorych

Table 4. Influence of the attitude towards disease and duration of it on overcoming daily difficulties according to patients

Zmienne	p	χ^2
Czas trwania choroby; trudności z poruszaniem się	0,05	0,84
Czas trwania choroby; potrzeba pomocy higieniczno-pielęgnacyjnej		0,99
Nastawienie do choroby; trudności z poruszaniem się		0,30
Nastawienie do choroby; potrzeba pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych		0,55

Nie potwierdzono natomiast wpływu nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez członków rodzin pacjentów (tabela 5).

Tabela 5. Wpływ nastawienia do choroby i czasu jej trwania na pokonywanie codziennych trudności przez członków rodzin pacjentów

Table 5. Influence of the attitude towards the disease and its duration on overcoming daily difficulties according to family members

Zmienne	p	χ^2
Czas trwania choroby; wymagana pomoc w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych	0,05	0,85
Obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia; potrzeba pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych		0,39

Wraz z trwaniem choroby zwiększa się liczba objawów zgłaszanych przez chorych oraz pogarsza się ich samoocena zdrowia. Wykorzystując test Pearsona, sprawdzono zależności pomiędzy następującymi zmiennymi: długością choroby a liczbą zgłaszanych objawów ($r = 0,08$; $M = 4,1$) oraz długością choroby a samooceną zdrowia ($r = 0,01$). Otrzymane wartości nie potwierdziły związku pomiędzy przyjętymi zmiennymi.

Opierając się na odpowiedziach otrzymanych od obu badanych grup, zauważono, że mimo problemów związanych z chorobą relacje chorych i ich rodzin z najbliższym otoczeniem oraz ich kontakty zawodowe i towarzyskie nie pogorszyły się znacznie. W odniesieniu do pacjentów zostało to potwierdzone wynikami analizy zmiennych

zaprezentowanych w tabeli 2, natomiast w przypadku ich rodzin określono dominanty odpowiedzi na następujące pytania: „Czy z powodu choroby osoby bliskiej ma Pan/Pani ograniczone kontakty towarzyskie?” – dominantą była odpowiedź „nie” (n = 45; 42,85%); „Czy Pana/Pani relacje z chorym/chorą uległy zmianie?” – dominantą była odpowiedź „są takie, jak były” (n = 46; 43,81%); „Czy Pana/Pani relacje z własnymi dziećmi zmieniły się?” – dominantą była odpowiedź „jest tak samo, jak było” (n = 54; 51,43%); „Czy z powodu konieczności opieki nad osobą chorą musiał Pan / musiała Pani zrezygnować ze swojej pracy zawodowej?” – dominantą była odpowiedź „nie” (n = 80; 76,19%).

Omówienie

Dokonując przeglądu piśmiennictwa poświęconego badaniom jakości życia chorych na raka jelita grubego i członków ich rodzin nie natknięto się na doniesienia, które pozwalałyby na jednoznaczne porównanie wyników dotyczących krewnych pacjentów, dlatego też w tej części autorzy pracy skupią się na jakości życia samych pacjentów.

Przegląd wyników badań wyraźnie pokazuje, iż wraz z upływem czasu, od momentu postawienia rozpoznania i przeprowadzenia zabiegu wyłonienia stomii, jakość życia chorych stopniowo się pogarsza; krótko po wyłonieniu stomii prezentuje swój najniższy poziom, aby później ulec nieznacznej poprawie, nie osiągając jednak pułapu akceptowanego przez chorych. Dotyczy to wszystkich sfer funkcjonowania pacjentów.^{5–13} Doniesienia te nie do końca znajdują potwierdzenie w prezentowanych wynikach badań, ale być może rozbieżność jest spowodowana tym, że znaczna większość badanych pacjentów to osoby z dopiero postawionym rozpoznaniem (n = 45; 42,86%), hospitalizowane po raz pierwszy (n = 51; 51,43%).

Naturalnym środowiskiem człowieka jest rodzina, która może przyczynić się do przywrócenia bądź utrzymania równowagi psychicznej, zwiększyć motywację do walki z chorobą oraz stanowić dla pacjenta źródło siły. Natomiast rodzina zagubiona, która nie radzi sobie z sytuacją, jest dla chorego źródłem dodatkowego stresu. Choroba nowotworowa dotyczy nie tylko samego pacjenta, ale znacząco wpływa na funkcjonowanie rodziny jako całości, która musi nauczyć się żyć z wieloma ograniczeniami.¹⁴ Podstawowym zadaniem rodziny jest udzielenie wsparcia choremu. Pod względem psychicznym najprostszym rodzajem pomocy jest wsparcie rzeczowo-organizacyjne, czyli pomoc finansowa i zastąpienie pacjenta w dotychczasowych rolach. Dla pracujących bądź mieszkających daleko członków rodziny może to być niełatwe zadanie. Trudniejsze od niego jest jednak wsparcie emocjonalne, które wymaga dojrzałości psychicznej opiekuna i które powinno być dostosowane indywidualnie do potrzeb osoby chorej. Negatywny wpływ na pacjenta ma pozor-

ne lekceważenie i minimalizowanie zagrożenia oraz następstw choroby. Także nadopiekuńczość jest przykładem niedopasowania formy wsparcia do oczekiwań chorego.¹⁵

Choroba nowotworowa pociąga za sobą sporo konsekwencji dla najbliższych pacjenta, wśród których należy wymienić m.in.: ograniczenie wolnego czasu, wydatków, kontaktów towarzyskich, zmiany planów, brak szczerych rozmów, unikanie fizycznej bliskości, tłumienie uczuć bądź nawet wrogość. Pogarszająca się sytuacja materialna, zmęczenie, bezradność, napięcia i konflikty, poczucie bezsensu życia prowadzi do zaburzenia rytmu dnia wszystkich członków rodziny.¹⁶ Powyższe stwierdzenia nie znajdują odzwierciedlenia w wynikach badań własnych, które udowadniają, że badani członkowie rodzin nie odczuwają zmian spowodowanych chorobą członka rodziny w zakresie kontaktów towarzyskich (n = 46; 43,81%), relacjach z dziećmi (n = 53; 50,48%) i funkcjonowaniu zawodowym (n = 78; 74,29%). Być może, podobnie jak w przypadku samooceny jakości życia badanych chorych, głównym powodem tej rozbieżności jest fakt, iż dla większości pacjentów, a tym samym członków ich rodzin, problem jest nowy.

Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników stwierdzono, że czas trwania choroby wpływał w sposób istotny na jakość życia badanych chorych na raka jelita grubego oraz że nie powodował on, wraz z wynikającą z niego koniecznością częstych hospitalizacji, negatywnych emocji (tj. strachu, smutku czy przygnębienia) u osób badanych. Choroba nie wpływała znacząco na życie rodzinne i zawodowe ankietowanych, natomiast ograniczała ich kontakty towarzyskie. Zaobserwowano związek pomiędzy reprezentowanym przez badanych pacjentów stosunkiem do choroby a potrzebą pomocy w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych ze strony innych. Nie stwierdzono natomiast zależności liczby podanych przez chorych objawów oraz samooceny stanu zdrowia od czasu trwania choroby.

Piśmiennictwo

1. Pazdur R, Wagman LD, Camphausen KA, Hoskins WJ. *Nowotwory złośliwe: postępowanie wielodyscyplinarne – leczenie systemowe, chirurgia, radioterapia*. Lublin: Czelej; 2012.
2. Krajowy Rejestr Nowotworów. Nowotwory złośliwe jelita grubego (C18-21). <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/>. Dostęp 6.05.2017.
3. WHOQOL Group. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–1409.
4. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1383–1394.
5. Leyk M, Książek J, Piotrkowska R, Terech S, Kruk A. Jakość życia osób z wyłonią kolostomią. *Pielęg Chir Angiol*. 2010;3:77–84.
6. Cierzniańska K, Kozłowska E, Szewczyk MT, Banaszkiwicz Z, Szymańska H. Jakość życia pacjentów z wyłonią stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol*. 2013;4:142–147.
7. Plata K, Majewski W. Jakość życia pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii i możliwości jej poprawy. *Rocz PAM*. 2008;54(2):77–85.
8. Jabłońska I. Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy: część II – badania własne. *Probl Pielęg*. 2009;17(3):205–216.
9. Stępień R, Wiraszka G, Wrońska I, et al. Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. *Probl Pielęg*. 2014;22(2):190–195.
10. Peng J, Shi D, Goodman KA, et al. Early results of quality of life for curatively treated rectal cancers in Chinese patients with EORTC QLQ-CR29. *Radiat Oncol*. 2011;6:93.
11. Jansen L, Koch L, Brenner H, Arndt V. Quality of life among long-term (≥ 5 years) colorectal cancer survivor-systematic review. *Eur J Cancer*. 2010;46(16):2879–2888.
12. Janson M, Lindholm E, Anderberg B, Haglind E. Randomized trial of health-related quality of life after open and laparoscopic surgery for colon cancer. *Surg Endosc*. 2007;21(5):747–753.
13. Langenhoff BS, Krabbe PF, Peerenboom L, Wobbles T, Ruers TJ. Quality of life after surgical treatment of colorectal liver metastases. *Br J Surg*. 2006;93(8):1007–1014.
14. Pasek M, Dębska G, red. *Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM; 2011.
15. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
16. Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska A. *Przewlekle chory w domu*. Gdańsk: Wydawnictwo Fundacja Lubię Pomagać; 2011.

Analiza wiedzy studentów na temat honorowego krwiodawstwa i ich postaw wobec tego zjawiska

Analysis of knowledge and attitudes of university students towards blood donation

Ewelina Markowska^{1,C,D}, Sylwia Węglińska^{2,A,B}

¹ Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, Radom

² Europejska Uczelnia Społeczno-Techniczna w Radomiu, Radom

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):39–46

Adres do korespondencji

Ewelina Markowska
e-mail: ewelina.markowska1989@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.01.2017 r.

Po recenzji: 15.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Krew jest lekiem, którego do chwili obecnej, pomimo wielu podejmowanych prób, nie udało się wytworzyć syntetycznie. Zapotrzebowanie na nią z roku na rok wzrasta. W Polsce co minutę potrzebny jest litr krwi. W pozyskiwaniu krwi niezwykle ważną rolę odgrywa honorowe krwiodawstwo.

Cel pracy. Analiza wiedzy studentów na temat honorowego krwiodawstwa i ich postaw wobec tego zjawiska.

Materiał i metody. Badaniami objęto 300 studentów Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego w Radomiu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza. Analizy uzyskanych wyników dokonano przy wykorzystaniu programu Microsoft Excel oraz oprogramowania STATISTICA 8.

Wyniki. Mężczyźni, osoby mieszkające w mieście i studenci kierunków medycznych częściej oddają krew oraz są bardziej skłonni do zrobienia tego w przyszłości. Poziom wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest wyższy u osób, które choć raz oddały krew, mieszkają w mieście oraz są studentami kierunków medycznych. Ideę honorowego krwiodawstwa popierają szczególnie studenci kierunków medycznych i osoby oddające krew.

Wnioski. Wiedza studentów o krwiodawstwie i krwiolecznictwie jest zależna od czynników demograficzno-społecznych. Studenci mają średni poziom wiedzy na ten temat. Głównym motywem oddania krwi jest altruizm. Idea honorowego krwiodawstwa jest słabo rozpropagowana wśród studentów, dlatego należy ją popularyzować. Studenci uważają honorowe krwiodawstwo za dobrą i potrzebną inicjatywę.

Słowa kluczowe: krew, honorowe krwiodawstwo, znaczenie krwiodawstwa

DOI

10.17219/pzp/75493

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Blood is an important resource and it plays an essential, lifesaving role in many treatments. Despite many attempts, it is still impossible to produce blood synthetically — yet the demand for it is growing year by year. Every minute a liter of blood is needed in Poland. In light of the above, honorary blood donations are extremely important when it comes to acquiring blood and replenishing the supplies.

Objectives. The study was conducted to evaluate the knowledge and attitudes of university students towards blood donation.

Material and methods. The study included 300 students from the Kazimierz Pulaski University of Technology and Humanities in Radom. The study used the diagnostic poll method, based on a survey questionnaire previously developed by the author. Analysis of the results was performed using Microsoft Excel and STATISTICA 8 software.

Results. According to the study, men, people living in the urban areas and students of health faculties are donating blood frequently and are more willing to continue such behavior in the future. The level of knowledge about blood donation and transfusion is higher in people who have donated blood voluntarily in the past, live in the city and among medical students. The idea of voluntary blood donation is supported especially by students of health faculties and blood donors.

Conclusions. Students' knowledge of blood transfusion depends on demographic and social factors. Students have an average level of knowledge about blood donation and transfusion medicine. The most common motive for donating blood seems to be the need to help other people (altruism). Despite its importance, the idea of voluntary blood donation seems to be a neglected issue, and thus it should be properly popularised. Students consider honorary blood donation to be very important, lifesaving initiative.

Key words: blood, honorary blood donation, the importance of blood donation

Wprowadzenie

Według Abolghasemi et al. obserwuje się zarówno gwałtowny wzrost zużycia krwi, jak również krytycznych sezonowych niedoborów krwi występujących w wielu krajach.¹ Krew to lek, którego do chwili obecnej, mimo podejmowanych wielu prób, nie udało się wytworzyć syntetycznie, zaś zapotrzebowanie na nią z roku na rok nieustannie wzrasta. W Polsce co minutę potrzebny jest litr krwi, co powoduje, iż niezwykle istotne staje się poszukiwanie obszarów usprawnień systemu krwiodawstwa. Zasadniczym celem jest zatem zoptymalizowanie gospodarowania posiadanymi zasobami. Pojawiają się jednak trudności o charakterze funkcjonalnym, związane m.in. z brakiem kompleksowej informacji. Należy podkreślić, że obecnie stosowane metody pobierania krwi uznaje się za bezpieczne, a także dobrze tolerowane, aczkolwiek, szczególnie w przypadku wieloletnich krwiodawców, niezbędna jest systematyczna kontrola stanu klinicznego oraz wyników badań laboratoryjnych. Honorowe krwiodawstwo odgrywa niezwykle ważną rolę w pozyskiwaniu krwi.

Znaczenie krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Skuteczność pracy służby krwi, zarówno w Polsce, jak i w innych państwach, ocenia się poprzez pryzmat sprostanania wzrastającemu zapotrzebowaniu na bezpieczną, dostępną krew, jak również jej składniki i produkty krwiopochodne. Według Programu zdrowotnego „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych” zużycie składników krwi w Polsce w 2009 r. było nadal o blisko 30–40% niższe niż w „starych” krajach Unii Europejskiej.² Natomiast w opinii Rosiek et al. ponad milion donacji, które są pobierane co roku w Polsce, może okazać się w naj-

bliższych latach niewystarczające, co jest niepokojące.³ Należy więc ściśle monitorować rosnące potrzeby w szpitalach w celu dostosowania do nich ilości pobranej krwi. W opinii Frey i Schlenke współcześnie bezpieczne oraz wystarczające zaopatrzenie w produkty krwiopochodne uważa się za coś oczywistego, jednak nie bazuje ono na przemyśle farmaceutycznym, a przede wszystkim na altruistycznej postawie chętnych i zdrowych dawców krwi.⁴

Zdaniem Sullivan et al. niezwykle niekorzystne jest wykluczanie potencjalnych dawców w sytuacji czasowej niezdolności do oddania krwi, ponieważ można zniechęcić ich do krwiodawstwa na zawsze.⁵ W przypadku, kiedy dane statystyczne dotyczące dawców odzwierciedlają tendencję spadkową przy równocześnie rosnącym zapotrzebowaniu, problem ten nabiera istotnego znaczenia.

Ojrzyńska i Twaróg definiują krwiodawstwo jako metodę pozyskiwania krwi i jej składników od osób zdrowych na rzecz pacjentów dla nich anonimowych, których leczenie jest uwarunkowane podaniem odpowiedniej krwi we właściwym czasie i ilości. W kontekście społecznym zależy od wielu czynników, które mogą być przedmiotem badań i opracowań.⁶ Twaróg podkreśla, iż krew jest lekiem, którego do chwili obecnej, mimo wielu prób, nie udało się wytworzyć syntetycznie, zaś zapotrzebowanie na nią z roku na rok nieustannie wzrasta.⁷ Według Majchrzak-Lepczyk co minutę w Polsce potrzebny jest litr krwi, co powoduje, iż niezwykle istotne jest poszukiwanie usprawnień systemu krwiodawstwa w Polsce.⁸ Zasadniczym celem staje się zatem zoptymalizowanie gospodarowania posiadanymi zasobami. Następują jednak trudności o charakterze funkcjonalnym, związane m.in. z brakiem kompleksowej informacji i dlatego w tym obszarze gospodarowanie krwią należy usprawnić. Zdaniem autorki istotnym problemem (który także poruszył Twaróg) jest fakt, iż obecnie nie ma możliwości wyprodukowania krwi.⁷ Jedynym rozwią-

zaniem jest pozyskiwanie jej od dawców. Ponadto, na co zwróciła uwagę Majchrzak-Lepczyk, wartość krwi doceniana jest przeważnie dopiero w momencie, gdy ludzie stają w obliczu tragedii swoich najbliższych bądź kiedy sami jej potrzebują.⁸

Podobną opinię na temat dostępności krwi, a także jej składników wyrażają Trzpiot et al., którzy uważają, iż wykorzystanie krwi w celach leczniczych uwarunkowane jest gotowością obywateli danego kraju do jej honorowego oddawania.⁹ Na tym właśnie bazuje istota krwiodawstwa. W myśl polityki Unii Europejskiej każde państwo członkowskie, w tym Polska, ma w taki sposób gospodarować zasobami krwi, by być krajem w pełni samowystarczalnym. Oznacza to, iż wszelkie potrzeby w obszarze wykorzystania krwi i jej składników muszą być zaspokajane z pozyskanych na terenie państwa zasobów – kraj ma za zadanie stworzyć sprawnie działający system krwiodawstwa na swoim terytorium.

Materiał i metody

Badanie ankietowe dotyczące krwiodawstwa przeprowadzono w 2016 r. wśród studentów Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu. Objęto nim łącznie 300 osób z 6 kierunków studiów: ekonomii, pedagogiki, pielęgniarstwa, fizjoterapii, wychowania fizycznego oraz mechaniki i budowy maszyn.

Badanie przeprowadzane było indywidualnie, przed jego realizacją wyjaśniono jego cel i przedstawiono instrukcję, a w trakcie wypełniania przez uczestnika kwestionariuszy udzielano dodatkowych wyjaśnień, jeśli były potrzebne. Ankietowanym zapewniono pełną dobrowolność udziału w badaniu i anonimowość.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza. Został on podzielony na 5 części dotyczących:

1. danych społeczno-demograficznych;
2. motywów oddawania lub nieoddawania krwi;
3. wiedzy na temat krwiodawstwa;
4. przywilejów przysługujących honorowym dawcom krwi (HDK);
5. subiektywnej oceny stanu wiedzy z tego zakresu.

W zależności od uzyskanej liczby punktów podzielono ankietowanych na 3 grupy:

1. posiadających wysoki poziom wiedzy – do niej zaliczono osoby, które zdobyły 24–35 punktów;
2. posiadających średni poziom wiedzy – do niej zaliczono osoby, które zdobyły 12–23 punktów;
3. posiadających niski poziom wiedzy – do niej zaliczono osoby, które zdobyły 11 punktów lub mniej.

Analizując wyniki przeprowadzonych ankiet jako charakterystyki, uwzględniono (zmiennie niezależne):

- płeć (kobiety, mężczyźni);
- kierunek studiów, przy czym dokonano podziału na kierunki niemedyczne (ekonomia, pedagogika, mechanika

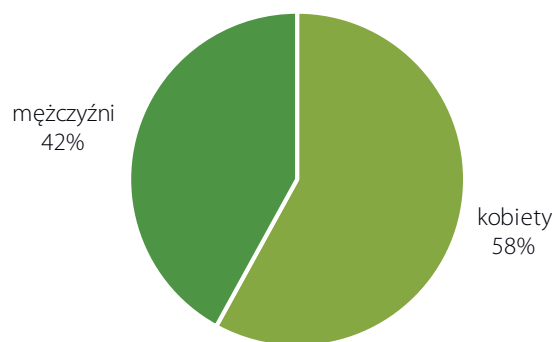
i budowa maszyn) oraz kierunki medyczne (pielęgniarstwo, fizjoterapia, wychowanie fizyczne).

Analizy wyników dokonano z wykorzystaniem programu Microsoft Excel oraz oprogramowania STATISTICA 8 (StatSoft).

Wykorzystano statystykę opisową oraz wnioskowanie statystyczne. Cechy mierzalne opisano statystycznie, posługując się średnimi, odchyleniem standardowym oraz analizą zakresu wyników. Przy cechach jakościowych dokonano analizy częstości występowania oraz analizy frakcji (struktury). Wykorzystano także elementy opisowej analizy porównawczej. Analizę związków pomiędzy zmiennymi przeprowadzono obliczając współczynniki korelacji nieparametrycznej Spearmana.

Wyniki

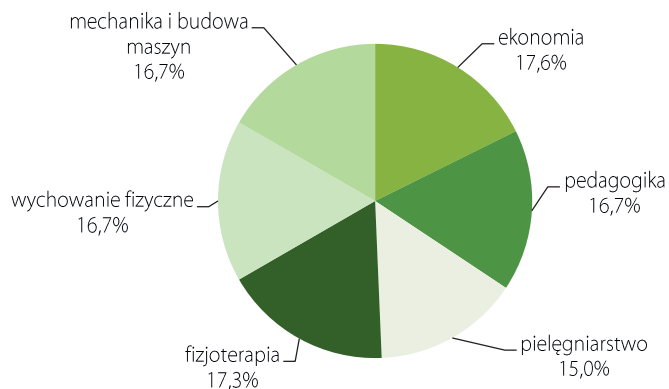
W badaniu uczestniczyły 174 kobiety oraz 126 mężczyzn (ryc. 1).



Ryc. 1. Struktura grupy badanej z uwzględnieniem płci

Fig. 1. Structure of the study group according to sex

Najliczniejszą grupę stanowili studenci kierunku ekonomia oraz fizjoterapia (ryc. 2).



Ryc. 2. Struktura grupy badanej z uwzględnieniem kierunku studiów

Fig. 2. Structure of the study group according to major at university

W badanej grupie 52% stanowiły osoby, które choć raz oddały honorowo krew (36,8% kobiet i 73% mężczyzn), natomiast 48% ankietyowanych nigdy nie oddało krwi (63,2% kobiet i 27% mężczyzn) – ryc. 3.



Ryc. 3. Struktura grupy badanej z uwzględnieniem oddania bądź nieoddania krwi

Fig. 3. Structure of the study group according to blood donation or non-donation

Motywy

Krew oddawali częściej mężczyźni niż kobiety. Na podstawie przeprowadzonej analizy zaobserwowano statystycznie istotny związek między płcią ankietyowanych a częstością oddawania krwi (tabela 1).

Tabela 1. Struktura odpowiedzi dotyczących oddania krwi z uwzględnieniem płci

Table 1. Structure of responses regarding blood donation according to sex

Wyszczególnienie		Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Oddali krew	n	64,0	92,0	156,0
	%	36,8	73,0	52,0
Nie oddali krwi	n	110,0	34,0	144,0
	%	63,2	27,0	48,0
Ogółem	n	174,0	126,0	300,0
r		0,36		–
p		<0,05		–

Zaobserwowano powiązanie statystyczne między rodzajem kierunku studiów (medyczny lub niemiedyczny) a częstością oddawania krwi. Krew oddawali częściej studenci kierunków medycznych niż studenci kierunków niemiedycznych (tabela 2).

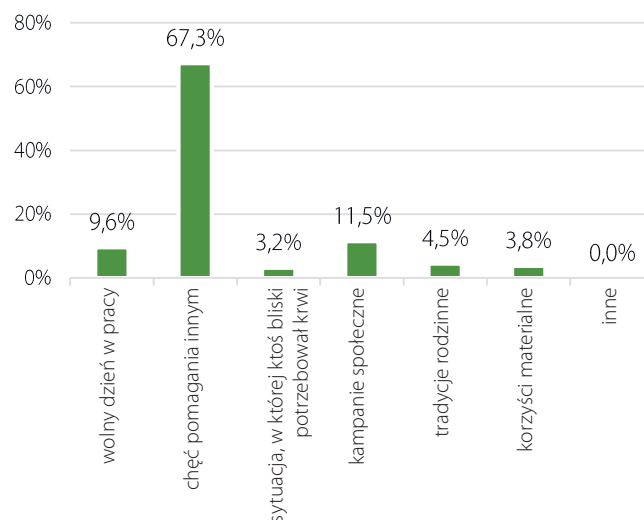
Analiza odpowiedzi wykazała, iż wśród badanych, którzy choć raz oddali krew, głównym motywem tego działania była chęć pomocy innym (ryc. 4).

W badanej grupie 48% ankietyowanych nie oddało do tej pory krwi. W ankiecie wskazywali oni na różne powody tego stanu rzeczy, najczęściej na przeciwwskazania zdrowotne (29,9%) – ryc. 5.

Tabela 2. Struktura odpowiedzi dotyczących oddania krwi z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 2. Structure of responses regarding blood donation according to major at university

Wyszczególnienie		Kierunek medyczny	Kierunek niemiedyczny	Ogółem
Oddali krew	n	89,0	67,0	156,0
	%	60,5	43,8	52,0
Nie oddali krwi	n	58,0	86,0	144,0
	%	39,5	56,2	48,0
Ogółem	n	147,0	153,0	300,0
r		0,17		–
p		<0,05		–



Ryc. 4. Struktura odpowiedzi dotyczących motywów oddania krwi

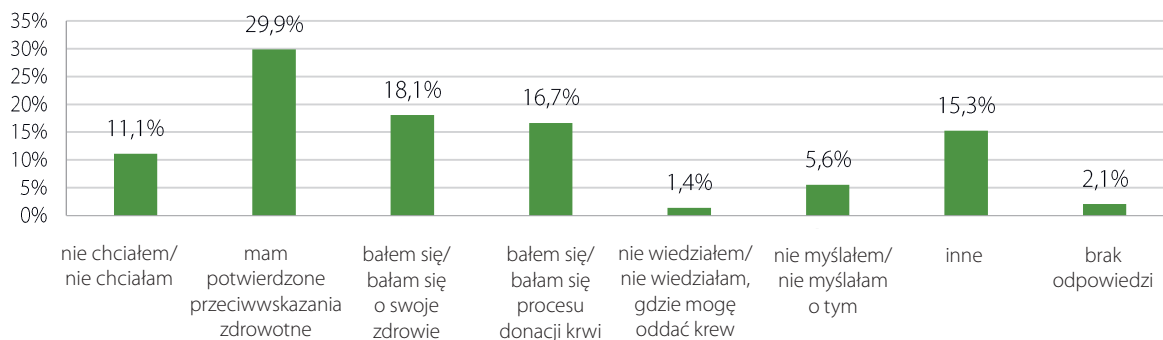
Fig. 4. Structure of responses regarding blood donation motives

Wiedza na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Z przeprowadzonej analizy wynika, że ankietyowani posiadali średni poziom wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa, średnia liczba uzyskanych punktów wynosiła $20,79 \pm 6,9$. Analiza wykazała, że 36,7% ankietyowanych ma relatywnie wysoki stan wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa, a 9,3% relatywnie niski.

Mieszkańcy miast charakteryzowali się wyższym poziomem wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa niż mieszkańcy wsi. Stwierdzono istotny statystycznie związek między miejscem zamieszkania a poziomem wiedzy ($r = 0,27$; $p < 0,05$) – tabela 3.

Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między poziomem wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa a płcią ankietyowanych.



Ryc. 5. Struktura odpowiedzi dotyczących powodów nieoddania krwi

Fig. 5. Structure of responses regarding blood non-donation

Tabela 3. Średnia i odchylenie standardowe punktów wiedzy z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Table 3. Mean and standard deviation of knowledge points according to place of residence

Wyszczególnienie	Miasto	Wieś
M ±SD	21,54 ±7,10	19,74 ±6,47
r	0,27	
p	<0,05	

Studenci kierunków medycznych wiedzieli więcej na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa niż studenci kierunków niemedycznych. Odnotowano istotną statystycznie korelację między rodzajem kierunku studiów a poziomem wiedzy ($r = 0,13$; $p < 0,05$) – tabela 4.

Tabela 4. Średnia i odchylenie standardowe punktów wiedzy z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 4. Average and standard deviation of knowledge points with regard to the field of study

Wyszczególnienie	Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny
M ±SD	21,09 ±6,67	19,29 ±5,77
r	0,13	
p	<0,05	

Studenci kierunków medycznych znali więcej przywilejów honorowych krwiodawców niż studenci kierunków niemedycznych. Istnieje statystyczna zależność między kierunkiem studiów a znajomością przywilejów przysługujących HDK (tabela 5).

W badanej grupie 42,7% ankietowanych nie znało przeciwwskazań do bycia dawcą, 57,3% ankietowanych udzieliło prawidłowej odpowiedzi na pytanie o czynniki dyskwalifikacji stałej.

Kobiety częściej niż mężczyźni znały czynniki dyskwalifikacji stałej. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 65,5% respondentek i 46% respondentów. Zaobserwowano statystyczną zależność między płcią a znajomością czynników dyskwalifikacji stałej ($r = -0,19$; $p < 0,05$) – tabela 6.

Tabela 5. Struktura odpowiedzi dotyczących znajomości przywilejów HDK z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 5. Structure of responses regarding the knowledge about the privileges of honorary blood donors according to major at university

Wyszczególnienie	Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny	Ogółem
0	n	1,0	1,0
	%	0,7	0,7
1	n	16,0	38,0
	%	10,9	24,8
2	n	25,0	41,0
	%	17,0	26,8
3	n	42,0	48,0
	%	28,6	31,4
4	n	41,0	19,0
	%	27,9	12,4
5	n	22,0	6,0
	%	15,0	3,9
Ogółem	n	147,0	153,0
			300,0
r	0,31		–
p	<0,05		–

Tabela 6. Struktura odpowiedzi na temat znajomości czynnika dyskwalifikacji stałej z uwzględnieniem płci

Table 6. Structure of responses regarding the knowledge of the constant disqualification factor according to sex

Wyszczególnienie	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Zna	n	114,0	58,0
	%	65,5	46,0
Nie zna	n	60,0	68,0
	%	34,5	54,0
Ogółem	n	174,0	126,0
			300,0
r	0,19		–
p	<0,05		–

Zdecydowana większość ankietowanych studentów kierunków medycznych twierdziła, iż oddawanie krwi nie stwarza ryzyka zdrowotnego dla dawcy, podczas gdy

blisko 40% ankietowanych studentów kierunków niemedycznych uważało, że takie ryzyko istnieje. Stwierdzono statystyczną zależność między kierunkiem studiów (kierunek medyczny lub niemedyczny) a znajomością ryzyka zdrowotnego dla dawcy ($r = 0,15$; $p < 0,05$) – tabela 7.

Tabela 7. Struktura odpowiedzi dotyczących istnienia ryzyka w procesie oddawania krwi z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 7. Structure of responses regarding the existence of risk in the process of blood donation according to major at university

Wyszczególnienie		Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny	Ogółem
Istnieje ryzyko	n	36,0	58,0	94,0
	%	24,5	37,9	31,3
Brak ryzyka	n	111,0	95,0	206,0
	%	75,5	62,1	68,7
Ogółem	n	147,0	153,0	300,0
r		0,18		–
p		<0,05		–

W badanej grupie 6% ankietowanych nie potrafiło poprawnie wskazać preparatów krwi stosowanych w krwiolecznictwie. Tylko 14% ankietowanych znało wszystkie z nich.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między znajomością preparatów krwi stosowanych w krwiolecznictwie a płcią ankietowanych, miejscem zamieszkania czy też faktem oddania lub nieoddania krwi w przeszłości. Studenci kierunków medycznych mają większą wiedzę na ten temat. Na podstawie analizy zaobserwowano jedynie statystycznie istotny związek między kierunkiem studiów a znajomością preparatów krwi mających zastosowanie w leczeniu ($r = 0,28$; $p < 0,05$) – tabela 8.

Tabela 8. Struktura odpowiedzi dotyczących znajomości preparatów krwi mających zastosowanie w leczeniu z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 8. Structure of responses regarding the knowledge of blood preparations applicable in medicine according to major at university

Wyszczególnienie		Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny	Ogółem
0	n	7,0	11,0	18,0
	%	4,8	7,2	6,0
1	n	31,0	65,0	69,0
	%	21,1	42,5	23,0
2	n	55,0	55,0	110,0
	%	37,4	35,9	36,7
3	n	54,0	22,0	76,0
	%	36,7	14,4	25,3
Ogółem	n	147,0	153,0	300,0
r		0,31		–
p		<0,05		–

Ocena idei honorowego krwiodawstwa i propagowanie informacji o nim

Wśród ankietowanych 80,7% miało świadomość występowania niedoboru krwi w Polsce.

Kobiety miały większą świadomość występowania niedoboru krwi w Polsce niż mężczyźni. Istnieje statystycznie istotny związek między płcią a świadomością występowania tego problemu (tabela 9).

Tabela 9. Struktura odpowiedzi dotyczących świadomości występowania niedoboru krwi z uwzględnieniem płci

Table 9. Structure of responses regarding the awareness of the occurrence of blood deficiency according to sex

Wyszczególnienie		Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Ma świadomość	n	149,0	93,0	242,0
	%	85,6	73,8	80,7
Nie ma świadomości	n	23,0	30,0	53,0
	%	13,2	23,8	17,7
Brak odpowiedzi	n	2,0	3,0	5,0
	%	1,2	2,4	1,6
Ogółem	n	174,0	126,0	300,0
r		–0,14		–
p		<0,05		–

Analiza nie wykazała korelacji między świadomością występowania niedoboru krwi a miejscem zamieszkania, kierunkiem studiów czy też faktem oddania krwi w przeszłości.

W badanej grupie 87,3% ankietowanych uważało, że honorowe krwiodawstwo to dobra i potrzebna inicjatywa. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie związków między płcią ankietowanych i miejscem zamieszkania a popieraniem idei honorowego krwiodawstwa.

Studenci kierunków medycznych częściej popierali honorowe krwiodawstwo niż studenci kierunków niemedycznych. Odnotowano istotną statystycznie korelację między kierunkiem studiów a poparciem dla idei honorowego krwiodawstwa (tabela 10).

Według ankietowanych najbardziej skuteczną formą promowania krwiodawstwa jest reklama w telewizji, wskazała ją 37,7% ankietowanych. Stosunkowo dużo wskazań miały także reklamy w internecie (26,0%) i billboardy (26,3%) – ryc. 6.

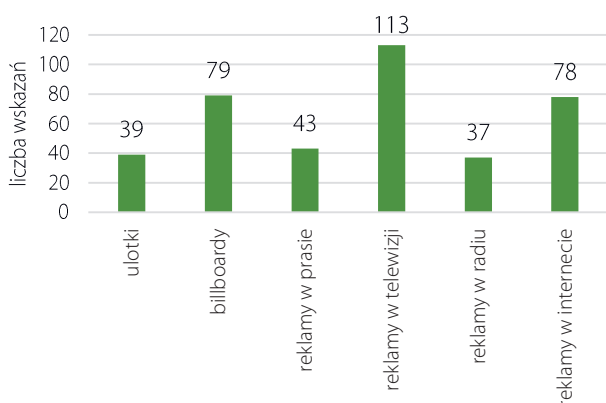
Uzyskaniem szerszych informacji o krwiodawstwie zainteresowanych było 81,6% ankietowanych, przy czym nie zaobserwowano istotnej statystycznie korelacji między chęcią uzyskania dodatkowych informacji na temat krwiodawstwa a płcią ankietowanych i miejscem zamieszkania.

Studenci kierunków medycznych byli bardziej zainteresowani szerszym zakresem informacji o krwiodawstwie niż studenci kierunków niemedycznych. Wykazano istotną statystycznie zależność między kierunkiem studiów a chęcią poszerzenia wiedzy o krwiodawstwie (tabela 11).

Tabela 10. Struktura odpowiedzi na temat inicjatywy honorowego krwiodawstwa z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 10. Structure of responses regarding blood donation initiative according to major at university

Wyszczególnienie		Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny	Ogółem	
Potrzebna	n	133,0	129,0	262,0	
	%	90,5	84,3	87,3	
Niepotrzebna	n	1,0	11,0	12,0	
	%	0,7	7,2	4,0	
Brak zdania	n	9,0	12,0	21,0	
	%	6,1	7,8	7,0	
Brak odpowiedzi	n	4,0	1,0	5,0	
	%	2,7	0,7	1,7	
Ogółem		n	147,0	153,0	300,0
r			-0,12	-	
p			<0,05	-	



Ryc. 6. Liczba wskazań najbardziej skutecznej formy promowania krwiodawstwa

Fig. 6. Number of indications of the most effective form of promoting blood donation

Tabela 11. Struktura odpowiedzi na temat chęci poszerzenia informacji na temat krwiodawstwa z uwzględnieniem kierunku studiów

Table 11. Structure of responses regarding the need to extend the knowledge about blood donation according to major at university

Wyszczególnienie		Kierunek medyczny	Kierunek niemedyczny	Ogółem	
Tak	n	126,0	119,0	245,0	
	%	85,7	77,8	81,6	
Nie	n	17,0	33,0	50,0	
	%	11,6	21,6	16,7	
Brak odpowiedzi	n	4,0	1,0	5,0	
	%	2,7	0,6	1,7	
Ogółem		n	147,0	153,0	300,0
r			0,13	-	
p			<0,05	-	

Omówienie

Współcześnie krwiodawstwo opiera się przede wszystkim na dobrowolnym, jak również bezpłatnym oddawaniu krwi. Zasadniczym celem organizowania akcji honorowego oddawania krwi jest w głównej mierze propagowanie krwiodawstwa, a także – co najistotniejsze – pozyskiwanie krwi od potencjalnych dawców. Widoczny jest systematyczny spadek donacji krwi, podczas gdy zapotrzebowanie na ten „lek” nieustannie wzrasta. Strategia zarówno werbowania, jak również utrzymania dawców powinna opierać się na zrozumieniu cech, które charakteryzują dawcę.

W badaniach własnych 52% stanowiły osoby, które choć raz oddały honorowo krew, wśród nich było 27% kobiet i 73% mężczyzn.

W świetle badań Kołłątaj et al. dotyczących honorowego krwiodawstwa wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z grupy 393 badanych co najmniej raz krew oddały 132 osoby, co stanowiło 33,4%.¹⁰ W badaniach przeprowadzonych przez Kozłowską i Wójtę-Kempę wśród 400 studentów 35% zadeklarowało, że oddawało już krew.¹¹

W badaniach własnych opisano około 48% ankietowanych, którzy nie oddali do tej pory krwi. Głównym powodem były przeciwwskazania zdrowotne (29,9%). Inni ankietowani jako przyczynę nieoddania krwi podali obawę o swoje zdrowie oraz strach przed procesem donacji. W artykule Czaplí et al. wśród przyczyn rezygnowania z donacji krwi również wymienia się przede wszystkim aspekty zdrowotne.¹² Także ten sam powód przytaczają Kołłątaj et al.¹⁰

Od wielu lat honorowe oddawanie krwi uznaje się za jedno z niezwykle istotnych działań o charakterze altruistycznym.¹³ Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza się, że głównym motywem oddania krwi jest altruizm. Wśród osób, które choć raz oddały krew, głównym powodem działania była chęć pomocy innym – odpowiedź tę wybrało 67,3% respondentów, 11,5% ankietowanych wskazało w tym miejscu kampanie społeczne, a dla 9,6% ankietowanych istotny był dzień wolny w pracy. Badani opisani przez Czaplí et al. za główną przesłankę skłaniającą do honorowego oddawania krwi badani również uważali chęć niesienia pomocy potrzebującym.¹² Podobne wyniki uzyskali Orzeł-Nowak i Wcisło, które wykazały, że bezpośrednim powodem donacji krwi wśród studentów była potrzeba udzielenia bezinteresownej pomocy drugiemu człowiekowi (55,33%).¹⁴

Podczas niniejszego badania okazało się, że studenci mają świadomość występowania niedoboru krwi w Polsce i uważają honorowe krwiodawstwo za dobrą i potrzebną inicjatywę. Wśród ankietowanych 80,7% zdaje sobie sprawę z występowania niedoboru krwi w Polsce. Badania wykazały, iż kobiety mają większą świadomość występowania tego problemu niż mężczyźni. Aż 87,3% ankietowanych uważa, że honorowe krwiodaw-

stwo to dobra i potrzebna inicjatywa. Płeć ankietowanych i miejsce zamieszkania nie odgrywały roli w popieraniu idei honorowego krwiodawstwa. Podobne wyniki uzyskałi inni badacze. Pozytywny stosunek do idei honorowego krwiodawstwa nie odzwierciedla liczby osób zaangażowanych w honorowe oddawanie krwi.^{10,11,14}

Studenci sądzą, że należy popularyzować ideę honorowego krwiodawstwa, przy czym za najbardziej skuteczne uważają reklamy w telewizji i internecie, wyrażają także chęć poszerzenia wiedzy z tego zakresu. Porównywalne wyniki otrzymała Orzeł-Nowak i Wcisło, według których ankietowani jako zasadnicze źródło wiedzy na temat honorowego krwiodawstwa wskazywali środki masowego przekazu.¹⁴ W badaniach przeprowadzonych przez Kołłątaj et al. głównym źródłem wiedzy na temat oddawania krwi były media i informacje uzyskane od znajomych.¹⁰

Wnioski

Poziom wiedzy studentów z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest zależny od czynników demograficzno-społecznych, istotne są zwłaszcza kierunek studiów i miejsce zamieszkania.

Studenci posiadają średni poziom wiedzy na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Głównym motywem oddania krwi jest motyw altruistyczny.

Idea honorowego krwiodawstwa jest dość słabo rozpropagowana wśród studentów, dlatego należy ją popularyzować.

Studenci uważają honorowe krwiodawstwo za dobrą i potrzebną inicjatywę.

Piśmiennictwo

1. Abolghasemi H, Hosseini-Divkalayi NS, Seighali F. Blood donor incentives: A step forward or backward. *Asian J Transfus Sci.* 2010;4(1):9–13.
2. Program zdrowotny Zapewnienie samowystarczalności Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych. Okres realizacji: lata 2009–2014. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/samowystarczalnosc_24052012.pdf. Opublikowano w maju 2009. Dostęp 19.01.2017.
3. Rosiek A, Tomaszewska A, Lachert E, Antoniewicz-Papis J, Pogłóg R, Łętowska M. Działalność jednostek organizacyjnych służby krwi w Polsce w 2011 roku. *J Transf Med.* 2012;5(4):159–170.
4. Frey BM, Schlenke P. Safeguards in blood supply: A national and European challenge. *Transfus Med Hemother.* 2010;37(3):109–110.
5. Sullivan MT, Cotten R, Read EJ, Wallace EL. Blood collection and transfusion in the United States in 2001. *Transfusion.* 2007;47(3):385–390.
6. Ojrzyńska A, Twaróg S. Dynamics of change in spatial dependencies in blood donation system in Poland. *Comparative Economics Research.* 2012;15(4):177–189.
7. Twaróg S. Kształtowanie relacji jednostek publicznej służby krwi w Polsce z potencjalnymi dawcami krwi. W: Adamus-Matuszyńska A, Maćkowska R, red. *Public Relations – doskonalenie procesu komunikowania*. Katowice: WUE w Katowicach; 2012:136–150.
8. Majchrzak-Lepczyk J. Komunikacja z krwiodawcą: błędy: trudności: konsekwencje. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.* 2011;208:522–523.
9. Trzpiot G, Szołtysek J, Ojrzyńska A, Twaróg S. Analiza porównawcza działalności systemu krwiodawstwa państw Unii Europejskiej. *Studia Ekonomiczne.* 2014;192:125–139.
10. Kołłątaj B, Kołłątaj W, Zawół S. Honorowe Krwiodawstwo wśród studentów stacjonarnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *Journal of Health Sciences.* 2013;3(6):45–72.
11. Kozłowska K, Wójta-Kempa M. Wiedza i postawy studentów wrocławskich uczelni na temat krwiodawstwa. *Piel Zdr Publ.* 2011;1(2):121–128.
12. Czapla S, Śliwińska J, Niechwiadomicz-Czapka T. Wiedza studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotycząca honorowego krwiodawstwa i leczenia krwią – analiza badań własnych. *Puls Uczelni.* 2015;3(9):18–22.
13. Steele WR, Schreiber GB, Gultinan A, et al. The role of altruistic, empathetic concern and social responsibility motivation in blood donation behavior. *Transfusion.* 2008;48(1):43–50.
14. Orzeł-Nowak A, Wcisło A. Krew bezcenny dar – studenci krakowskich uczelni wobec honorowego krwiodawstwa. *Piel XXI w.* 2011;2(35):61–67.

Wpływ czynników socjodemograficznych i klinicznych na stopień akceptacji choroby wśród osób cierpiących na chorobę Leśniowskiego–Crohna

The impact of sociodemographic and clinical factors on the degree of acceptance of the disease among people with Crohn's disease

Joanna Z. Chrobak-Bień^{1,A–D}, Anna Gawor^{2,A,C–D}, Małgorzata Paplacyk^{3,C–D}, Anita Gąsiorowska^{4,A,E–F}

¹ Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

⁴ Klinika Gastroenterologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Łódź

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):47–53

Adres do korespondencji

Joanna Z. Chrobak-Bień
e-mail: aska1105@interia.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 8.03.2017 r.

Po recenzji: 19.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 29.08.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroba Leśniowskiego–Crohna jest pełnościennym odcinkowym procesem zapalnym, który może wystąpić w każdym odcinku przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytu. Dotyczy szczególnie młodych ludzi: szczyt zachorowania przypada na 16.–25. r.ż. Raz rozpoznana choroba Leśniowskiego–Crohna towarzyszy danej osobie już przez całe życie, podczas którego następują zaostrzenia i remisje. Zmienność tych stanów znacznie utrudnia chorym pokonywanie codziennych wyzwań.

Cel pracy. Celem badania było określenie stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów cierpiących na chorobę Leśniowskiego–Crohna z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 50 osób z potwierdzoną chorobą Leśniowskiego–Crohna. Ankietowani byli leczeni w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz w Poradni Gastroenterologicznej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz oraz AIS.

Wyniki. W badanej grupie przeważali ludzie młodzi. Średnia wieku respondentów wyniosła 35,72 roku. Średni wynik punktowy AIS dla całej grupy wyniósł 28,6, co ilustruje średni poziom akceptacji choroby przez ankietowanych.

Wnioski. Poziom akceptacji choroby zależy od jej fazy i jest niższy u pacjentów, którzy przeżywają zaostrzenie objawów. Wsparcie ze strony dzieci oraz brak konieczności leczenia chirurgicznego pozwalają lepiej przystosować się do choroby. Do czynników ułatwiających pogodzenie się z chorobą można zaliczyć posiadanie potomstwa, brak objawów pozajelitowych oraz leczenie zachowawcze.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, choroba Leśniowskiego–Crohna, czynniki socjodemograficzne, czynniki kliniczne

DOI

10.17219/pzp/76713

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Crohn's disease is characterized by transmural, segmental inflammatory process, which can occur at any part of the gastrointestinal tract – from the mouth to the anus. It appears especially in young people, and the peak onset falls between 16 and 25 years of age. Since diagnosed, Crohn's disease persists throughout a lifetime with periods of exacerbation and remission. Such fluctuations in a patient's condition make overcoming daily challenges more difficult.

Objectives. The aim of the study was to determine the degree of acceptance of the disease among patients with Crohn's disease, depending on the selected sociodemographic and clinical variables.

Material and methods. The study group consisted of 50 patients with confirmed Crohn's disease. The respondents were treated in the Clinic of General and Colorectal Surgery of Central Veterans' Hospital No. 2 in Łódź, and in the Gastroenterological Outpatient Clinic at the University Clinical Hospital No. 1 in Łódź. The study used a questionnaire of the authors' own design and the Acceptance of Illness Scale (AIS).

Results. The study group comprised mostly young people. The average age of respondents was 35.72 years. The average score on the AIS for the entire group was 28.6, which shows the average level of acceptance of the disease by the respondents.

Conclusions. The acceptance of the disease depends on its stage and is lower in patients at the time of relapse. What enables the patients to better adapt to the illness are the support of the children and the lack of need for surgical treatment. The acceptance of the disease is facilitated by such factors as having children, the lack of extraintestinal manifestations and conservatory treatment.

Key words: acceptance of illness, Crohn's disease, sociodemographic factors, clinical factors

Wprowadzenie

Choroba Leśniowskiego–Crohna (chL–C) jest pełnościennej odcinkowym procesem zapalnym, który może wystąpić w każdym odcinku przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytu. Najczęściej jednak zmiany zapalne są zlokalizowane w końcowym odcinku jelita krętego (łac. *ileum terminale*) – dotyczy to 40–50% przypadków, zaś najrzadziej występują w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Choroba dotyczy szczególnie ludzi młodych. Szczyt zachorowania przypada na 16.–25. r.ż., choć może rozwinąć się w każdym wieku. Częstość występowania chL–C wśród kobiet i mężczyzn jest porównywalna.¹ W Polsce zapadalność na chL–C ma tendencję wzrostową – obecnie ponad 5 tys. osób ma postawione jej rozpoznanie.² Etiologia choroby nie jest do końca znana. Za czynniki jej sprzyjające uważa się obciążenie mikrobiologiczne, genetyczne oraz immunologiczne. Raz zdiagnozowana chL–C towarzyszy danej osobie już przez całe życie, z naprzemiennie występującymi zaostrzeniami i remisjami. Zmienność tych stanów utrudnia chorym pokonywanie codziennych wyzwań. Zaakceptowanie choroby oraz zdrowy tryb życia w dużym stopniu wpływają na wydłużenie okresów, w których pacjent nie doświadcza objawów. Palenie tytoniu jest czynnikiem sprzyjającym zaostrzeniu choroby oraz wystąpieniu powikłań wymagających leczenia chirurgicznego.^{3–5}

Następstwa chL–C dotyczą nie tylko zaburzeń w sferze fizycznej. Upośledzają, także w znacznym stopniu, psychiczne i społeczne funkcjonowanie człowieka. Postawienie diagnozy choroby nieuleczalnej może dramatycznie zmienić bieg życia pacjenta. ChL–C często rozpoznaje się u osób w wieku szkolnym, które mają przed sobą studia

oraz karierę zawodową. Wsparcie ze strony rodziny, przyjaciół i krewnych jest ważne podczas leczenia. Znaczna liczba osób zmagających się z chL–C odczuwa takie negatywne emocje, jak lęk, poczucie zagrożenia i niepokoju, drażliwość, gniew, a często doświadcza nawet stanów depresyjnych. Są to czynniki psychogenne, które pogarszają stan kliniczny pacjenta.

Aby jakość życia osoby cierpiącej na chL–C była na wysokim poziomie, konieczne jest zaakceptowanie choroby, co wiąże się z oswojeniem się z nową sytuacją. Termin „akceptacja” oznacza przyjęcie jakiegoś sądu, opinii, poglądu, zachowania, przychylniej postawy lub wyrażenie zgody na coś.⁶ Dużym problemem jest określenie, czy osoby z chL–C są w stanie się dostosować do ograniczeń, jakie dyktuje choroba, i czy mogą być w pełni samodzielne. Podczas trudnego i długotrwałego procesu leczenia szczególną rolę odgrywa personel medyczny, a także wsparcie innych pacjentów. Więź pacjentów obarczonych tą samą chorobą reguluje reakcje w sferze emocjonalnej, a rozmowa z psychologiem może być bardzo pomocna w zaakceptowaniu bardzo trudnej nowej sytuacji życiowej.

Celem badania było określenie stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów cierpiących na chL–C z uwzględnieniem wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych.

Materiał i metody

Zamieszczone w pracy dane wykorzystano także w innych artykułach oryginalnych.^{7,8}

W badaniu uczestniczyło 50 osób z chL–C będących mieszkańcami województwa łódzkiego. Połowę respon-

dentów stanowili pacjenci leczeni w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, natomiast pozostali byli pacjentami Poradni Gastroenterologicznej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi. Przed rozpoczęciem badania respondentów poinformowano o dobrowolności i anonimowości uczestnictwa. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (RNN/177/16/KE z 14 czerwca 2016 roku). Badanie trwało od lipca 2016 r. do 31.01.2017 r. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz oraz Skalę Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) w adaptacji Juczyńskiego.⁹

Ankieta zawierała pytania o dane socjodemograficzne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, aktywność zawodowa, posiadanie potomstwa) oraz kliniczne (czas trwania choroby, sposób leczenia, występowanie dodatkowych objawów).

Stopień akceptacji choroby mierzono za pomocą Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS). Składa się ona z 8 stwierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje choroby i dotyczą: ograniczeń wynikających z choroby, samowystarczalności, poczucia własnej wartości, realizacji zainteresowań oraz stosunku innych ludzi do choroby ankietowanego w jego odczuciu. Stosunek respondenta do poszczególnych stwierdzeń określany jest za pomocą 5-punktowej skali Likerta (1 – zdecydowana zgoda, 5 – zdecydowany brak zgody). Suma punktów możliwych do uzyskania mieści się w przedziale 8–40 i odzwierciedla poziom akceptacji choroby badanej osoby. Niski wynik oznacza nieprzystosowanie do choroby, wysoki wskazuje na pogodzenie się z nią. Wynik <20 punktów oznacza brak lub słabą akceptację choroby, 20–30 punktów odpowiada średniemu stopniowi akceptacji choroby, a ankietowani, którzy uzyskali >30 punktów, akceptują swoją chorobę w stopniu wysokim bądź zupełnym.

Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyły, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w 2 grupach wykonano za pomocą testu t-Studenta lub testu U Manna–Whitneya (w zależności od tego, czy zmienna miała rozkład normalny czy nie). Porównanie wartości zmiennych ilościowych w 3 grupach i więcej wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (gdy zmienna miała rozkład normalny) lub testu Kruskala–Wallisa (gdy go nie miała). Jeżeli wykazało to istotne statystycznie różnice, wykonywano analizę post hoc: testem HSD Tukeya (w przypadku normalności rozkładów) lub testem Dunna (w przypadku braku normalności). Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro–Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności $p > 0,05$. Analizę wykonano w programie R, w. 3.3.2 (R Development Core Team).

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 50 pacjentów z rozpoznaną chL–C, w tym 25 kobiet i 25 mężczyzn. Średnia wieku dla całej badanej grupy wynosiła 35,72. Wszyscy ankietowani to osoby pełnoletnie, które miały 20–69 lat. Najkrótszy okres trwania choroby wynosił 1 rok, a najdłuższy 23 lata. Średni czas trwania choroby wynosił 5,92 roku (SD = 4,59).

Ankietowani przeważnie mieszkali w mieście (90%). Znaczna część respondentów posiadała wykształcenie wyższe (56%), 36% średnie, a 8% zawodowe. Zdecydowana większość uczestników badania (86%) była aktywna zawodowo, 6% uczyło się, tyle samo (6%) pozostawało na rencie przyznanej z powodu choroby, a 1 osoba (2%) była na emeryturze. Wśród respondentów 38% w czasie przystąpienia do badania było w okresie remisji choroby. W fazie zaostrzenia było 12% ankietowanych. U ponad połowy badanej grupy (56%) w czasie trwania choroby zaszła konieczność leczenia chirurgicznego. Szczegółową charakterystykę kliniczną grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka kliniczna badanej grupy^{7,8}

Table 1. Detailed clinical characteristics of the study group^{7,8}

Cecha	n = 50	%
Postać choroby		
remisja	19	38
postać łagodna	12	24
postać średnio zaawansowana	13	26
postać ciężka	6	12
Wpływ choroby na charakter podjętej pracy		
tak	23	46
nie	26	52
nie dotyczy	1	2
Konieczność zmiany pracy w związku z chorobą		
tak	13	26
nie	36	72
nie dotyczy	1	2
Wpływ choroby na relacje z innymi ludźmi		
bardzo mocny	1	2
mocny	11	22
trochę	21	42
wcale	17	34
Negatywny wpływ choroby na stosunki rodzinne		
bardzo mocny	0	0
mocny	2	4
trochę	28	56
wcale	20	40
Zadowolenie z życia intymnego		
bardzo zadowolony	6	12
zadowolony	16	32
ani zadowolony, ani niezadowolony	20	40
niezadowolony	8	16
Źródła wiedzy nt. choroby*		
telewizja, internet	37	74
lekarz, pielęgniarka	45	90
stowarzyszenia pacjentów	14	28
książki, prasa	22	44
inne (studia, inni chorzy)	3	6

* Pytanie wielokrotnego wyboru.

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka kliniczna badanej grupy (cd.)^{7,8}Table 1. Detailed clinical characteristics of the study group (cont.)^{7,8}

Cecha	n = 50	%
Członkostwo w stowarzyszeniu		
tak	4	8
nie	46	92
Leczenie farmakologiczne		
5-ASA (mesalazyna)	49	98
sterydy	34	68
leczenie biologiczne	26	52
Objawy pozajelitowe*		
przetoki okołoodbytnicze	7	14
przetoki wewnętrzne	3	6
szczeliny odbytu	3	6
ropnie	8	16
zwężenia jelit	17	34
niedokrwiłość	13	26
zmiany skórne	15	30
zapalenie stawów	14	28
zapalenie tętnicy oka	0	0
żadne z powyższych	13	26
Operacje spowodowane chorobą		
nie	22	44
1 raz	18	36
2 razy	7	14
3 razy	3	6
Rodzaje operacji*		
resekcja jelita cienkiego	8	16
resekcja jelita grubego	12	24
ropień	8	16
guz zapalny jamy brzusznej	0	0
przetoki	7	14
inne (resekcja krętniczo-kątnicza, plastyka zwężenia)	2	4

* Pytanie wielokrotnego wyboru.

Średni wynik punktowy AIS dla całej grupy wyniósł 28,6, co ilustruje średni poziom akceptacji choroby: 12 pacjentów zdobyło <20 punktów, 14 pacjentów 21–30 punktów, a 24 pacjentów 31–40 punktów. Najwyższa uzyskana przez ankietowanych wartość wynosiła 40 punktów, zaś najniższa 12 punktów.

W dalszej części pracy przeanalizowano stopień akceptacji choroby przez respondentów w zależności od fazy choroby, w której się znajdowali. Wynik AIS nie miał w tym przypadku rozkładu normalnego, a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu U Manna–Whitneya. Pokazuje ona, iż wartość $p < 0,001$, a więc poziom pogodzenia się z chorobą ankietowanych, silnie zależy od fazy choroby. U pacjentów w okresie remisji stopień akceptacji schorzenia jest wyższy. Wynik przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Faza choroby a poziom akceptacji choroby^{7,8}Table 2. Phase of the disease and level of acceptance of the disease^{7,8}

Faza choroby	AIS w punktach								p*
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3	
Remisja	19	35,16	4,67	36	24	40	31,5	39,5	<0,001
Zaostrzenie	31	24,58	8,48	23	12	40	18,0	31,0	

* Test U Manna–Whitneya.

W analizie statystycznej nie wykazano, aby rodzaj płci miał wpływ na stopień akceptacji choroby wśród respondentów. Wynik przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Płeć a poziom akceptacji choroby^{7,8}Table 3. Gender and level of acceptance of the disease^{7,8}

Płeć	AIS w punktach								p*
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3	
Kobieta	25	29,92	8,07	30	15	40	25	38	0,387
Mężczyzna	25	27,28	9,62	30	12	40	19	35	

* Test U Manna–Whitneya.

Wśród badanych tylko 4 osoby miały wykształcenie zawodowe, dlatego przy analizie wpływu wykształcenia na stopień akceptacji choroby dołączono je do osób z wykształceniem średnim. Okazało się, iż poziom wykształcenia nie sprzyja lepszemu przystosowaniu się do życia z chL-C (tabela 4).

Tabela 4. Wykształcenie a poziom akceptacji choroby

Table 4. Education and the level of acceptance of the disease

Wykształcenie	AIS w punktach								p*
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3	
Zawodowe, średnie	22	27,05	8,14	27,0	12	40	21,25	33,75	0,256
Wyższe	28	29,82	9,39	31,5	13	40	21,25	39,00	

* Test U Manna–Whitneya.

Również w przypadku wpływu wieku respondentów wartość $p > 0,05$, co dowodzi, iż poziom akceptacji choroby nie zależy od niego (tabela 5).

Tabela 5. Wiek a poziom akceptacji choroby

Table 5. Age and the level of acceptance of the disease

Wiek w latach	AIS w punktach								p*
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3	
<30	17	26,24	9,89	25	13	40	18	39	0,203
>30	33	29,82	8,22	32	12	40	24	36	

* Test U Manna–Whitneya.

W badanej grupie tylko 3 osoby uczyły się, 3 były na rencie, a 1 na emeryturze. Tych ankietowanych połączono w jedną grupę „niepracujących”. Analiza statystyczna wykazała brak zależności także pomiędzy aktywnością zawodową a poziomem akceptacji choroby ($p > 0,05$). Wynik ilustruje tabela 6.

Przedmiotem dalszych badań było poznanie wpływu objawów towarzyszących chL-C (także tych spoza układu pokarmowego) oraz sposobu leczenia na stopień akceptacji choroby. Analiza statystyczna wykazała wpływ dodatkowych objawów na stopień akceptacji choroby. Osoby, które nie odczuwały żadnych objawów, lepiej tolerowały swoje schorzenie. Wykazano także, iż sposób

Tabela 6. Aktywność zawodowa a poziom akceptacji choroby

Table 6. Professional activity and level of acceptance of the disease

Wiek w latach	AIS w punktach								p*
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3	
Pracujący	43	29,53	8,72	31	13	40	22,5	37,0	0,068
Niepracujący	7	22,86	8,21	22	12	38	18,5	25,5	

* Test U Manna–Whitneya.

leczenia istotnie wpływa na stopień akceptacji chL–C. Wynik AIS nie miał rozkładu normalnego, a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala–Wallisa. Wartość $p < 0,05$ dowodzi, że poziom akceptacji choroby zależy od sposobu leczenia. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę post hoc. Pokazała ona, że pacjenci, którzy nie przeszli leczenia chirurgicznego, bardziej akceptowali swoją chorobę niż pacjenci operowani. Wyniki odzwierciedlają tabele 7 i 8.

Tabela 7. Występowanie objawów a akceptacja choroby

Table 7. Prevalence of symptoms and acceptance of the disease

Występowanie objawów	AIS w punktach							
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3
Brak objawów	13	34,0	7,19	36	19	40	32	39
Objawy	37	26,7	8,72	27	12	40	19	33

Tabela 8. Leczenie chirurgiczne a akceptacja choroby

Table 8. Surgical treatment and acceptance of the disease

Liczba operacji	AIS w punktach							
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3
0	22	33,86	6,99	36,5	19	40	30,25	40
1	18	24,44	7,83	23,0	13	40	18,00	30,5
2–3	10	24,50	8,90	25,5	12	37	17,00	31,5

Ostatnim punktem pracy było poznanie wpływu posiadania potomstwa na stopień akceptacji choroby. Wynik AIS nie miał rozkładu normalnego, toteż analizę przeprowadzono za pomocą testu U Manna–Whitneya. Wykazała ona wartość $p < 0,05$, co oznacza, iż poziom akceptacji choroby zależy od posiadania potomstwa. U pacjentów mających dzieci poziom akceptacji chL–C jest wyższy. Wynik przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Posiadanie dzieci a akceptacja choroby

Table 9. Having children and acceptance of the disease

Dzieci	AIS w punktach							
	n	M	SD	Me	min.	max.	Q1	Q3
Posiadający dzieci	24	31,96	7,69	33	13	40	29,50	38,25
Bezdzielni	26	25,50	8,92	24	12	40	18,25	33,00

Omówienie

Stosunek pacjenta do choroby jest sprawą niezwykle ważną, a główny czynnik, który wpływa na satysfakcję z życia, to samoocena stanu zdrowia. Pogodzenie się z chorobą charakteryzuje się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego. Najlepszą postawą wobec choroby jest postawa adekwatna, oznaczająca, że pacjent zdaje sobie sprawę ze swojej przypadłości i podchodzi do niej w sposób racjonalny, przyjmuje diagnozę, stosuje się do zaleceń, a obraz własny choroby zbliża się do stwierdzonego przez lekarza.¹⁰ Wypracowanie takiego podejścia jest szczególnie trudne dla osób z chL–C. Jednym z czynników utrudniających przystosowanie się do nowej sytuacji jest wiek pacjentów. Chorbę Leśniowskiego–Crohna rozpoznaje się najczęściej u ludzi bardzo młodych, w 2. i 3. dekadzie życia, którzy planują swoją przyszłość. Choroba jest dla nich ogromnym wyzwaniem i aby z nią normalnie żyć, powinni ją zaakceptować.

Autorzy wielu badań podkreślają pozytywne znaczenie pogodzenia się z chorobą, które powoduje lepszy komfort psychiczny oraz fizyczny pacjenta.^{11,12} Szybkość osiągnięcia pełnej akceptacji choroby jest sprawą bardzo indywidualną. W badaniach wskazuje się wiele czynników warunkujących akceptację choroby, m.in.: wiek, płeć, poziom wykształcenia, rodzaj i charakter schorzenia, osobowość oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem.¹³ Zaakceptowanie przez pacjentów choroby zmniejsza negatywne reakcje emocjonalne, które ona wywołuje i wpływa na polepszenie się jakości życia tych osób. W badaniach własnych wykazano średnią AIS dla całej grupy respondentów wynoszącą 28,6 punktów, co wskazuje na średni stopień akceptacji choroby wśród ankietowanych. Prezentowany wynik jest porównywalny z wynikiem Glińskiej et al., którzy w swoich doniesieniach także wykazali średni poziom akceptacji choroby (średni wynik punktowy AIS = 22,79) wśród badanej grupy osób z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit.¹⁴

W niniejszej pracy wykazano silną zależność ($p = 0,001$) między fazą choroby a stopniem jej akceptacji, co oznacza gorsze codzienne funkcjonowanie oraz jakość życia osób w czasie zaostrzenia chL–C. Również Casellas et al. w badaniu przeprowadzonym w kilku hiszpańskich szpitalach stwierdzili gorszą jakość życia pacjentów z aktywną postacią choroby w porównaniu z chorymi w okresie remisji, co może być spowodowane brakiem lub niską akceptacją chL–C u tych osób.¹⁵

Na chL–C najczęściej zapadają ludzie młodzi, w wieku 15.–35. lat.¹⁶ W badaniu własnym, także znaczną część grupy stanowiły osoby młode (średnia wieku wynosiła 35,72). Glińska et al. w swoim badaniu zaobserwowali, że im osoba jest starsza, tym lepiej adaptuje się do życia z nieswoistym zapaleniem jelit.¹⁴ Niestety faktu tego nie potwierdzono w badaniach własnych.

Wśród respondentów nie wykazano również wpływu płci na poziom akceptacji choroby. Wprawdzie średnia

punktowa kobiet (29,92) była nieco wyższa niż u mężczyzn (27,28), ale jednak wartość $p = 0,387$. Również Glińska et al. nie potwierdzili tej zależności.¹⁴

Kolejnym badanym czynnikiem socjodemograficznym było wykształcenie. W opinii pacjentów wpływ choroby na ich status zawodowy i uzyskane kwalifikacje jest nieduży.¹⁷ Mimo iż wystąpienie choroby może przyczynić się do wydłużenia czasu kształcenia, to rodzaj ukończonej szkoły nie ma istotnego znaczenia dla przystosowania się do choroby. Te wyniki nie są jednak zgodne z doniesieniami Andrzejewskiej et al., którzy twierdzą, że lepsze efekty w procesie akceptacji choroby osiągają osoby posiadające dyplomy wyższych uczelni.¹⁸ Również według Glińskiej et al. silny wpływ na właściwe przystosowanie się do nowej sytuacji, jaką jest choroba, ma osiągnięty poziom wykształcenia.¹⁴

W dalszej części pracy przeanalizowano wpływ aktywności zawodowej na stopień przystosowania się do choroby. Mimo iż w badaniu własnym wartość p jest nieznacznie wyższa od przyjętego progu ($p = 0,05$), to jednak należy przyjąć, że aktywność zawodowa respondentów nie przyczynia się do zaakceptowania przez nich choroby w większym stopniu. Te wyniki nie pokrywają się jednak z doniesieniami innych autorów. Petryszyn et al. dowiedli, iż niezdolność do pracy wśród pacjentów cierpiących na nieswoiste zapalenia jelit była 2,8-krotnie częstsza u kobiet i 2,6-krotnie częstsza u mężczyzn w porównaniu z osobami zdrowymi w tym samym wieku. Autorzy zauważyli także, że osoby dotknięte chL–C i podobnymi chorobami kończą życie zawodowe przed wiekiem emerytalnym. Autorzy zauważyli także, że osoby dotknięte chL–C i podobnymi chorobami kończą życie zawodowe przed wiekiem emerytalnym.¹⁹ W innym badaniu, które przeprowadzono na grupie 495 pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, oszacowano, że przez 5 lat od momentu postawienia rozpoznania 11,7% chorych było bezrobotnych.²⁰ Przewlekła niezdolność lub całkowita utrata pracy pogarsza sytuację ekonomiczną pacjenta, prowadzi do obniżenia jakości życia, a w konsekwencji utrudnia zaakceptowanie choroby. Glińska et al. także dowiedli, że osoby, które na co dzień były aktywne zawodowo lub uczyły się (odpowiednio 55% i 28% badanej grupy), miały zdecydowanie wyższy stopień przystosowania się do choroby aniżeli badani, którzy byli na rencie czy też bezrobociu (odpowiednio 11% i 6%).¹⁴

Wsparcie w chL–C przez osoby z najbliższej rodziny (partnerów życiowych, dzieci) stanowi bardzo ważny czynnik w procesie przystosowania się pacjentów do nowej sytuacji. W badaniu własnym przedstawiono wpływ posiadania potomstwa na akceptację choroby. Osoby z dziećmi wykazały wyższy jej stopień. W artykule opublikowanym przez Glińską et al. potwierdzono tę zależność.¹⁴

Na proces akceptacji choroby i jakość życia pacjentów wpływa nie tylko jej rodzaj, ale także czas trwania, sposób leczenia i towarzyszące objawy. Leczenie chL–C metodami farmakologicznymi nie zawsze pozwala uniknąć inter-

wencji chirurgicznej. Z badań wynika, że większość chorych przechodzi przynajmniej 1 operację.¹⁶ Bączyk et al. twierdzą, że pacjenci z nieswoistymi zapaleniami jelit leczeni na oddziale chirurgicznym mieli niską ogólną jakość życia i, co za tym idzie, wykazywali mniejszy stopień akceptacji własnej choroby.²¹ Również w badaniu własnym dowiedziono, że osoby, u których wystąpiła konieczność leczenia chirurgicznego chL–C, nie potrafiły przyzwyczaić się do swoich dolegliwości.

Wnioski

Pacjenci z rozpoznaniem chL–C wykazali średni stopień akceptacji choroby.

Poziom akceptacji zależy od fazy choroby. Niższy poziom adaptacji stwierdzono u pacjentów w fazie zaostrzenia choroby.

Do czynników ułatwiających proces akceptacji choroby można zaliczyć posiadanie potomstwa, brak objawów pozajelitowych oraz brak leczenia chirurgicznego.

Piśmiennictwo

1. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504–1517.
2. Andrzejewska J, Talarska D. Jakość życia w nieswoistych zapaleniach jelit – analiza i walidacja nowego narzędzia badawczego. *Prz Gastroenterol*. 2009;4(2):88–92.
3. Danese S, Fiocchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2006;12(30):4807–4812.
4. Freysdottir J, Zhang S, Tilakaratne WM, Fortune F. Oral biopsies from patients with orofacial granulomatosis with histology resembling Crohn's disease have a prominent Th 1 environment. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(4):439–445.
5. Halfvarson J, Jess T, Magnusom A, et al. Environmental factors in inflammatory bowel disease: A co-twin control study of a Swedish-Danish twin population. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12(10):925–933.
6. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków*. 2013;2:203–211.
7. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Gąsiorowska A. Analysis of factors affecting the quality of life of those suffering from Crohn's disease. *Pol Przegl Chir*. 2017;89(4):16–22.
8. Chrobak-Bień J, Gawor A, Paplaczek M, Małecka-Panas E, Gąsiorowska A. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Nowa Med*. 2017;24(1):5–1.
9. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
10. Stangierska I, Marcinkowska M, Horst-Sikorska W. Problemy psychologiczne pacjentów z cukrzycą typu I. *Now Lek*. 2002;71(4–5): 212–216.
11. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M. Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Probl Pielęg*. 2014; 22(2):239–245.
12. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Stud Med*. 2008;12:29–33.
13. Monastyrska E, Beck O. Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. *Med Ogólna Nauki Zdr*. 2014;20(2):141–144.
14. Glińska J, Grzegorzczak A, Dziki Ł, Dziki A. Proces adaptacji do życia z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit. *Probl Pielęg*. 2015;23(1): 7–12.
15. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(5):488–496.
16. Hebzda A, Szczebłowska D, Serwin D, Wojtuń S, Hebzda Z, Grys I. Choroba Leśniowskiego-Crohna – diagnostyka i leczenie. *Pediatr Med Rodz*. 2011;7(2):98–103.
17. Sommer H, Koenen H. Follow-up and social consequences of Crohn disease and ulcerative colitis (po niemiecku). *Med Klin (Munich)*. 1994;89(1):14–17.
18. Andrzejewska J, Talarska D, Michalak M, Linke K. Quality of life in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis: Comparative analysis. *Prz Gastroenterol*. 2009;4(5):251–255.
19. Petryszyn P, Ziółkowska J, Paradowski L. Nieswoiste zapalenia jelit w ubezpieczeniu rentowym – przegląd piśmiennictwa. *Prz Gastroenterol*. 2008;3(5):237–242.
20. Bernklev T, Jahnsen J, Henriksen M, et al. Relationship between sick leave, unemployment, disability, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12(5):402–412.
21. Bączek G, Karoń J, Krokowicz P, Gmerek Ł. Assessing quality of life among patients with inflammatory bowel disease treatment on surgical ward. *Proktologia*. 2008;9(2):172–182.

Strona internetowa jako narzędzie komunikacji w zarządzaniu wizerunkiem wrocławskich szpitali

Website as a communication tool in managing the image of Wrocław hospitals

Jolanta Grzebieluch^{A,C,D,F}, Janina Kulińska^{A,B,D}

Zakład Organizacji i Zarządzania, Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne recenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):55–60

Adres do korespondencji

Jolanta Grzebieluch
e-mail: jolanta.grzebieluch@umed.wroc.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 6.02.2018 r.

Po recenzji: 9.02.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 13.03.2018 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Dynamiczna sytuacja na rynku ochrony zdrowia coraz aktywniej przyczynia się do wzrostu wymagań pacjentów względem podmiotów leczniczych i pracującego w nich personelu. Pociąga to za sobą konieczność wprowadzenia zmian w procesie komunikacji placówek medycznych z otoczeniem, mającą na celu wzmocnienie ich pozytywnego wizerunku. Ważnym narzędziem projektowania wizerunku firmy jest dobrze zarządzana strona internetowa, która stanowi jeden z elementów świadomego oddziaływania na odbiorcę. Strona www pełni zarówno funkcję informacyjną, jak i komunikacyjną – budującą interaktywną relację z pacjentami.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest porównanie stron internetowych szpitali funkcjonujących na terenie miasta Wrocławia pod kątem zawartości informacji, poziomu technicznego, a także innowacyjności.

Materiał i metody. Analizie poddano strony internetowe 9 wrocławskich szpitali. Wzięto pod uwagę wytyczne dotyczące zawartości treści na stronach oraz oceniono je pod kątem spójności przekazu wpływającego na opinie pacjentów o szpitalu.

Wyniki. Z porównania stron internetowych wrocławskich szpitali wywnioskowano, że w najmniejszym stopniu spełniały kryterium innowacyjności – jedynie w 38%. Zdecydowanie lepiej prezentują się pod kątem zawartości informacji – jej kompletności, aktualności i ciekawej formy. Z kolei ok. 92% witryn było czytelnych, łatwych w nawigacji i dostępnych.

Wnioski. Szpitale widzą potrzebę posiadania dobrze funkcjonującej strony internetowej, a także coraz chętniej świadomie nimi zarządzają, dostrzegając, że jest ona ważną platformą komunikacyjną i informacyjną wpływającą na postrzeganie placówki medycznej w jej otoczeniu. Jednakże pomimo widocznego trendu stosowania innowacyjnych rozwiązań, strony www wciąż nie wykorzystują nowoczesnych narzędzi usprawniających komunikację z pacjentami. Brakuje w nich elementów umożliwiających interakcję z otoczeniem. Witryny nie służą także usprawnianiu komunikacji wewnętrznej w placówce.

Słowa kluczowe: pacjent, wizerunek, szpital, komunikacja, strona internetowa

DOI

10.17219/pzp/86631

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The dynamic situation at the healthcare market contributes markedly to an increase of patients' requirements as far as healthcare institutions and their personnel are concerned. It results in the occurring need to introduce changes in the process of communication between healthcare establishments and the surroundings, with the aim to reinforce a positive image of the facilities. One of the more important tools used to create a company's image is a well-administrated website, being a source of impact. A website performs both an informative and communicative function, building an interactive relation with patients.

Objectives. The main goal of this paper is a comparison of websites of hospitals in Wrocław with regard to the website content, its technical level as well as its innovativeness.

Material and methods. The websites of 9 hospitals in Wrocław were subjected to analysis. The analysis was based on the guidelines regarding the website content. What was also assessed was the message cohesiveness affecting the patients' opinion about the hospital.

Results. The comparison of the websites of Wrocław hospitals showed that they met the innovativeness criteria in the least degree (only 38%). The websites turned out much better in respect of the information content – its completeness, up-to-date character and interesting form. On the other hand, legibility, ease of navigation and availability were the elements occurring most often.

Conclusions. Hospital authorities notice the need of having a well-operating website and they are more and more eager to consciously manage it; they consider it as a crucial communication and information platform having an impact on the perception of a healthcare facility in its surroundings. However, despite an apparent trend toward innovative solutions, websites still fail to apply state-of-the-art tools facilitating the communication with patients. They lack the interactive elements that would amend the communication both inside the facility and with its surroundings.

Key words: patient, image, hospital, communication, website

Wprowadzenie

Rynek medyczny coraz aktywniej zmierza do wyrażenia kierowania się zasadami biznesowymi, skupiając się na świadomym budowaniu przewagi konkurencyjnej i kreowaniu pozytywnego wizerunku. Dobre efekty i wymierne korzyści zarówno dla placówki medycznej, jak i jej pacjentów są możliwe do osiągnięcia dzięki starannie prowadzonym działaniom komunikacyjnym. Obszar zajmujący się komunikowaniem i budowaniem relacji firmy z jej otoczeniem to public relations (PR). Swym zasięgiem obejmuje zarówno komunikację wewnętrzną pomiędzy pracownikami, tematykę kreowania kultury organizacyjnej, przywództwa, identyfikacji wizualnej, procedury obsługi pacjenta, wystroju placówki, a także relacje z mediami, zarządzanie sytuacjami kryzysowymi, nawiązywanie relacji z organizacjami zewnętrznymi, organizowanie wydarzeń dla pacjentów, komunikację w Internecie, działania sponsoringowe i lobbying. Public relations to zarówno wsparcie strategicznego zarządzania, budowania tożsamości organizacji, jak i podstawa niezbędnej w ochronie zdrowia komunikacji z pacjentem.

Specyfika branży medycznej polega na tym, iż pacjent i jego zdrowie są postrzegani jako najwyższa wartość. Współczesny pacjent już niczym nie przypomina chorego sprzed kilkunastu lat, zastraszonego i niezorientowanego. Pacjenci coraz częściej przy wyborze lekarza kierują się zasłyszczanymi wśród rodziny i znajomych opiniami oraz sugerują się nazwiskiem medyka.¹ W dobie globalizacji i rozwoju technologii wkroczyliśmy w erę Health2.0. W 2010 r. serwisy poświęcone zdrowiu odwiedziło ok. 8,2 mln internautów, a wyszukiwarka Google

doczekała się swojej personifikacji w postaci „Doktora Google”. Pacjenci i ich oczekiwania zmieniają się na naszych oczach, rośnie świadomość zdrowotna Polaków, którzy coraz więcej wiedzą o tym, jak może być zorganizowana opieka medyczna, bliższe są im europejskie modele.² Zainteresowanie serwisami dotyczącymi zdrowia to zjawisko, które w ciągu ostatnich 11 lat wyraźnie zwiększyło zasięg. Raport Polskich Badań Internetu (PBI) podaje, że wg wyników badania Megapanel PBI/Gemius w grudniu 2015 r. serwisy medyczne odwiedziło blisko 7 mln osób. Badanie Gemius/PBI wskazuje na 9 mln użytkowników witryn o tematyce zdrowotnej w październiku 2016 r.³ Rozwój mediów i łatwy dostęp do informacji znacząco zmienił dotychczasowy odbiór rzeczywistości, wpłynął także na kształtowanie postaw, zmiany sposobu komunikowania się i relacji międzyludzkich, zwiększając jednocześnie orientację jednostki w problematyce współczesnego świata.⁴

Wolnorynkowa konkurencja w sektorze usług medycznych wymusza zmianę sposobu komunikowania się placówek zarówno z pacjentami, jak i z interesariuszami, w tym: personelem, partnerami, regulatorami, mediami. Niezbędna staje się spójna strategia komunikacyjna, która pozwala na realizację celów powiązanych z tymi grupami, a w szczególności kreuje pozytywny wizerunek. Kluczowa we wszystkich tych działaniach powinna być integralność wszystkich elementów komunikacyjnych.

Jednym z ważniejszych narzędzi projektowania wizerunku firmy jest dobrze zarządzana strona internetowa, stanowiąca jeden z elementów świadomego oddziaływania na odbiorcę. Strona www pełni funkcję zarówno informacyjną, jak i komunikacyjną – budującą interaktywną relację z klientami.

Powstanie i istnienie firmy uzależnione są od obecności na rynku potencjalnego odbiorcy dóbr lub usług. Hiperkonkurencja spowodowała wzrost wymagań i oczekiwań klientów, dlatego aby firma mogła istnieć, musi zapisać się w świadomości odbiorców, czyli odejść od anonimowości i wytworzyć w sobie cechy odróżniające ją od innych podmiotów ze swojej branży.⁵ Instytucje ochrony zdrowia, zważywszy na ich misję społeczną, powinny cieszyć się nieposzlakowaną opinią i zaufaniem. Celem nadrzędnym każdej z nich powinno być działanie na rzecz pacjenta, a jego zdrowie ma stanowić najwyższą wartość. Współczesny pacjent decydujący się na leczenie w prywatnej jednostce opieki zdrowotnej wybiera ją bardzo starannie. Zwraca się do placówek cieszących się dobrą reputacją, kompetentnych i przyjaznych, czyli takich, które dbają o swój wizerunek w mediach, regularnie informują o świadczonych przez siebie usługach i natychmiast reagują na wszystkie sytuacje kryzysowe.

Stale rosnąca liczba pacjentów leczących się w prywatnych przychodniach lub szpitalach stymuluje te instytucje do poszukiwania wciąż nowych narzędzi do budowania pozytywnego wizerunku. Jest on niezbędny dla rozwoju firmy i sprawia, że otoczenie bez trudu ją identyfikuje. Żeby osiągnąć ten cel, należy najpierw dokładnie zrozumieć, czym jest wizerunek i jakie spełnia funkcje.

Wizerunek zgodnie z definicją to: portret, subiektywne wyobrażenie zjawisk, przedmiotów, ludzi, państw, firm, produktów materialnych i usług, zjawisk przyrodniczych, społecznych i gospodarczych. Należy podkreślić subiektywny charakter wizerunku, który powstaje w procesach postrzegania, a więc pełny jest wpływów indywidualnych cech obserwującej jednostki, dlatego też niekoniecznie musi być wiernym odzwierciedleniem rzeczywistości.⁶ Wizerunek firmy jest wartością kształtowaną na podstawie zaplanowanych i przemyślanych zabiegów o charakterze komunikacyjnym, zgodnie z misją firmy i przyjętą strategią biznesową. Za jego pomocą buduje się przewagę konkurencyjną.⁷ Poprzez dostarczenie jednostce określonych, wyselekcjonowanych informacji i wrażeń na temat konkretnego podmiotu jesteśmy w stanie wpłynąć na tworzony przez nią obraz tak, że będzie on determinował jej zachowanie względem tego podmiotu.

W ujęciu marketingowym wizerunek ściśle związany jest z promocją i opisywany jako efekt działań PR-owskich. Dodatkowo marketingowa koncepcja poszerza go o element, jakim jest wizerunek marki. Najogólniej jednak można powiedzieć, że wizerunek firmy jest jej obrazem w otoczeniu. Otoczenie (zwane też otoczeniem podmiotowym) można określić jako zbiór ludzi, do którego firma stale się adaptuje, ale także go współtworzy.⁸ Wizerunek firmy należy traktować jak jej kapitał, gdyż obecnie o wartości instytucji nie świadczą posiadane przez nią możliwości produkcyjne/usługowe, lecz lojalni klienci, którzy zawsze będą gotowi korzystać z jej usług. Pozytywny i znany w otoczeniu wizerunek firmy i marki stanowi nie-

jednokrotnie najważniejszy element aktywów placówki i główne źródło wzrostu jej wartości.⁹

Internet jest obecnie najszybszym źródłem informacji, a ze względu na swoje zalety zajmuje szczególne miejsce w działaniach komunikacyjnych firmy. Do jego mocnych stron z punktu widzenia prowadzenia działań wizerunkowych w ramach PR można zaliczyć: powszechność, interaktywność, selektywność (umożliwiająca precyzyjne dotarcie do grupy docelowej), multimedialność, dostępność przez 24 godziny na dobę, niski koszt (w przypadku treści PR-owskich), rozwojowość i modny charakter.⁸ Posiadanie własnej strony internetowej przez firmę obecnie jest traktowane jako standard. W 2014 r. wskaźnik przedsiębiorstw mających własną stronę internetową wyniósł 65%, natomiast w 2017 r. już niemal 70%.^{10,11} Prawie 2/3 firm wykorzystywało stronę internetową w celu prezentacji katalogów wyrobów i usług.¹ Zadania, jakie spełniają strony internetowe, to m.in.: informowanie, prezentowanie produktów, sprzedaż online, wzmacnianie przekazu reklamowego wysyłanego innymi kanałami komunikacyjnymi, budowanie wizerunku i wzmacnianie tożsamości, pozycjonowanie marki, prowadzenie dialogu z odwiedzającymi, budowanie lojalności otoczenia, wytwarzanie pożądanych skojarzeń.

Użytkownik ma wobec strony internetowej określone wymagania. Należy podkreślić, że powinna ona być:

- wiarygodna – regularnie aktualizowane informacje, rzetelne źródła, które w miarę możliwości ukazujemy internaucie, podpis autora;
- estetyczna – wyważona szata graficzna, odpowiednio dobrane kolory, grafiki, stałe i ruchome elementy, niezbyt skomplikowana, aby nie przedłużać czasu ładowania;
- przyjazna – łatwy system nawigacji, przejrzysta struktura, dobrze dobrana czcionka, narzędzia usprawniające wyszukiwanie;
- poprawna technicznie – właściwie dobrany standard kodowania polskich znaków.¹²

Duże pole do działania w tym obszarze mają szpitale, które mogą czerpać gotowe rozwiązania z istniejących w sieci serwisów poświęconych zdrowiu i zdrowemu stylowi życia. Stanowią one nie tylko zbiór wiedzy na ten temat, ale coraz aktywniej nawiązują dialog z internautą. Serwisy medyczne oferują m.in.: specjalistyczne artykuły, porady, wyszukiwarkę leków, możliwość zadania pytania specjalście lub podjęcie dyskusji z innymi użytkownikami na forum, słownik terminów medycznych. Przydatną opcją jest wyszukiwarka leków, w której po wybraniu kategorii schorzenia i nazwy leku mamy możliwość zaznajomienia się z informacjami na temat jego składu, sposobu dawkowania, działania, a także wyszukiwania preparatów o podobnych właściwościach. Możliwa jest nawet diagnoza choroby online. Po wybraniu objawów z listy serwis prezentuje listę dolegliwości, w których dane symptomy występują. Osoby preferujące tradycyjną diagnozę przez lekarza mogą skorzystać nie tylko z wyszukiwarek placó-

wiek, ale również z rankingów lekarzy, gdzie można sprawdzić opinie o wybranym specjalście, a także podzielić się doświadczeniami z innymi internautami. Wymienione elementy z powodzeniem mogą wykorzystać szpitale na swoich stronach internetowych.

W literaturze przedmiotu pojawia się wiele przykładów badań nad stronami internetowymi. Dotyczą one także branży medycznej. W artykule Grucy i Wakefielda z 2004 r. oceniono 111 stron szpitali wybranych z listy najlepszych szpitali opublikowanej przez U.S. News & World Report. Autorzy zebrali w grupy tematyczne wiele kryteriów, które później posłużyły ocenie badanych stron. Badacze podkreślali występowanie różnych typów interesariuszy szpitala (tzn. pacjentów, personelu medycznego, studentów medycyny, sponsorów itd.), zaznaczając, że strona internetowa może pełnić określoną (często różną) rolę dla każdej z tych grup.¹³ Z kolei w badaniach Patsioura et al. szczególne znaczenie nadano pacjentom, stanowiącym główną grupę użytkowników strony.¹³

Szpitala poprzez swoje strony powinny dążyć do budowania efektywnej komunikacji i dobrej relacji z pacjentem, zatem we wczesnych badaniach oceniano przede wszystkim treść oraz sposób prezentowania informacji na stronach. W badaniach późniejszych równie dużą wagę przykładano do możliwości komunikowania się pacjentów ze szpitalem i dokonywania różnego rodzaju transakcji.¹³

Materiał i metody

Analizie poddano strony internetowe 9 wrocławskich szpitali: Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego, Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1, Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej, Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza, 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ, Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc, Dolnośląskiego

Centrum Onkologii, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego.

Podczas analizy wzięto pod uwagę wytyczne dotyczące zawartości treści na stronach oraz oceniono je pod kątem spójności przekazu wpływającego na opinie pacjentów o szpitalu. Porównania dokonano przy pomocy autorskiego kwestionariusza uwzględniającego następujące kryteria oceny:

- zawartość informacji na stronie – zamieszczone na stronie informacje oceniano pod kątem kompletności, aktualności oraz ciekawości formy ich przedstawienia;
- poziom techniczny strony – w tym kryterium brano pod uwagę czytelność ułożenia treści, łatwość odnalezienia jej na stronie, sposób poruszania się po stronie oraz jej dostępność w sieci;
- innowacyjność strony – to kryterium dotyczyło wykorzystania nowoczesnych rozwiązań na stronie, tj.: e-rejestracji, ankiety satysfakcji pacjenta (online), wirtualnego spaceru po szpitalu, wywiadów z lekarzami, odniesień do profilu na portalach społecznościach, linków do ciekawych artykułów medycznych, newslettera, intranetu itp.

Wyniki

Wszystkie wrocławskie szpitale publiczne posiadają stronę internetową i nią zarządzają. Najlepiej oceniono ich poziom techniczny. Czytelność, łatwość nawigacji oraz dostępność strony były elementami, które zostały spełnione w największym stopniu – 91% (tabela 1).

Ze względu na poziom techniczny wyróżniono 3 szpitale, które zdobyły największą liczbę punktów: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, a także Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza. Zaznaczyć należy, że autorzy dokonywali oceny stron z perspektywy potencjalnego pacjenta/klienta.

Tabela 1. Porównanie stron internetowych wrocławskich szpitali

Table 1. Comparison of the websites of Wrocław hospitals

Nazwa szpitala	Ocena strony www			
	zawartość informacji (%)	poziom techniczny (%)	innowacyjność (%)	razem (%)
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	87,0	100,0	63,0	82,0
4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ	80,0	100,0	26,0	65,0
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego	73,0	87,0	36,0	63,5
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc	73,0	93,0	31,5	63,0
Dolnośląskie Centrum Onkologii	80,0	87,0	31,5	63,0
Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza	67,0	100,0	31,5	63,0
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego	67,0	93,0	31,5	61,0
Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej	67,0	80,0	42,0	61,0
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1	67,0	87,0	31,5	59,0

Pierwsze 2 wymienione szpitale posiadają bardzo zbliżone pod względem graficznym strony. Kolorystyka jest przyjemna dla oka, czcionka jednolita i dobrze dobrana. Strona Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dodatkowo jest wyposażona w funkcję powiększenia czcionki – odsetek osób starszych używających komputera systematycznie rośnie, dlatego należy stwarzać tej grupie dogodne warunki korzystania z internetu. Informacje są pogrupowane w formie zakładek, opatrzone grafikami. Przeglądanie stron nie wymaga od użytkownika przewijania w dół. Strona www Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza ustępuje pozostałym w obszarze atrakcyjności graficznej, zyskuje natomiast przewagę pod względem łatwości odnalezienia potrzebnych informacji i nawigacji. Współczesne społeczeństwo jest społeczeństwem informacyjnym, charakteryzującym się rosnącym deficytem czasu; z powodu natłoku kierowanych do nas zewsząd komunikatów treści znajdujące się na witrynie powinny być w logiczny sposób usystematyzowane, gdyż pozwala to na intuicyjne poruszanie się po niej.

Pod względem zawartości informacji na stronie (atrakcyjnej formy, kompletności i aktualności) strony wrocławskich szpitali oceniono nieco gorzej. Kryterium to spełnione zostało przez nie w 73,3%. Najwyżej w rankingu znalazły się: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, 4. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką i Dolnośląskie Centrum Onkologii.

Głównym celem szpitali jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, ale nie można zapomnieć o promowaniu zdrowia i realizacji zadań dydaktycznych i badawczych. Dobrze prowadzona strona internetowa, na której są zamieszczane aktualne informacje z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, może okazać się tu pomocna. Oprócz podstawowych informacji o szpitalu i pracującym w nim personelu pacjenci często poszukują specjalistycznych informacji medycznych, linków do ciekawych artykułów, aktualnych wydarzeń. Wizerunek szpitala, który powstanie w świadomości użytkownika witryny, będzie w dużej mierze zależny od tego, jakie treści zostaną mu dostarczone za jej pośrednictwem.

Z sondażu zrealizowanego przez PBI na próbie 506 internautów w wieku 18–54 lat, którym pytania zadano w ramach badania Omnibus-Online w lutym 2011 r., wynika, że to właśnie z internetu najczęściej korzystają, kiedy chcą pozyskać informacje na temat zdrowia, zdrowego stylu życia, chorób czy leczenia (88%). Lekarze oraz przedstawiciele ochrony zdrowia są pierwszym źródłem informacji dla 73% badanych, a 3. miejsce (56% wskazań) zajmuje telewizja oraz opinia rodziny i znajomych. Aż 93% ankietowanych zadeklarowało, że choć raz zajrzeli do Internetu, by sprawdzić informacje dotyczące zdrowia, właściwego odżywiania, profilaktyki i leczenia chorób. Ponad 2/3 spośród nich szuka tego rodzaju informacji online przynajmniej raz w miesiącu. Zainteresowanie serwisami dotyczącymi zdrowia od ponad 10 lat systematycznie wzrasta. W październiku 2016 r. użytkowników serwisów

o tematyce zdrowotnej było 9 mln, a na 12,7 mln oszacowano internautów odwiedzających serwisy związane ze zdrowiem przynajmniej raz w miesiącu.³

Co ciekawe, nawet w przypadku niepokojących dolegliwości internauci najpierw sprawdzają informacje w sieci, a dopiero potem konsultują się ze specjalistą. Wedle badań użytkownicy najchętniej korzystają z wyszukiwarek i serwisów o zdrowiu – specjalistycznych oraz tych będących częścią dużych portali. Tylko 17% internautów poszukuje informacji medycznych na stronach przychodni i szpitali. Dane te dowodzą słuszności wprowadzania nowoczesnych rozwiązań na witrynach placówek. Poprzez odwoływanie się do innych stron, współpracę z portalami o tematyce zdrowotnej, udostępnianie treści opublikowanych w serwisach zdrowotnych, zaistnienie w mediach społecznościowych szpitale mają szansę pozyskać nowych użytkowników swoich stron www, a tym samym nowych pacjentów.³

Niestety innowacyjne rozwiązania są stosowane na stronach wrocławskich szpitali w niewielkim stopniu. Z analizy wynika, że kryterium innowacyjności zostało wśród nich spełnione zaledwie w 36%. Żadna z badanych placówek nie stworzyła możliwości zadania pytania specjalście, nie utworzono także bazy najczęściej zadawanych pytań. Zabrakło jakiegokolwiek interakcji z użytkownikami strony, co stanowi podstawę efektywnej komunikacji firmy z otoczeniem. Dobrym przykładem budującym dialog z pacjentem jest utworzona na stronie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego księga gości, w której zamieszczone są opinie o placówce. Na tej witrynie użytkownik może się również zapisać do newslettera, obejrzeć filmiki z ciekawych operacji, fotogalerię, a także przejść na profil szpitala na Facebooku. Na wyróżnienie zasługuje także Dolnośląski Specjalistyczny Szpital im. T. Marciniaka. Oferuje on wersję mobilną strony, co jest szczególnym udogodnieniem w erze *mobile health* (mHealth). Szpital prowadzi także press room, który funkcjonuje też na witrynach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. W wielu przypadkach zdarza się, że strony mają zakładkę z linkami do artykułów, jednak po kliknięciu okazuje się, że nie są one aktywne; podobnie jest z innymi elementami, np. ankietą satysfakcji pacjenta.

Choć pojawiają się pojedyncze przykłady nowoczesnych rozwiązań, to jednak przeważają chaotyczne, niezaplansowane działania, które nie są w stanie zbudować trwałych relacji z użytkownikiem.

Wnioski

Związek między wartością firmy a jej wizerunkiem jest niezaprzeczalny. Zaistnienie w świadomości pacjentów jako instytucja godna zaufania, ciesząca się dobrą reputacją, wymaga zaplanowanych i starannie prowadzonych działań wizerunkowych. Szpitale widzą potrzebę posiada-

nia dobrze funkcjonujących stron internetowych i coraz chętniej świadomie nimi zarządzają, dostrzegając, że są one ważnymi platformami komunikacyjnymi i informacyjnymi wpływającymi na postrzeganie placówki medycznej przez otoczenie. Jednakże pomimo widocznego pozytywnego trendu związanego z innowacyjnością witryny wciąż zawierają dużo powielających się informacji. Brakuje także elementów umożliwiających interakcję z pacjentami. Strony nie wykorzystują również możliwości budowania komunikacji wewnętrznej w placówce.

Piśmiennictwo

1. Olesch A. Pokazać się z lepszej strony. *OSOZ*. 2011;11:8–10.
2. Olesch A. Witaj w Health2.0. *OSOZ*. 2011;11:5–7.
3. PBI. Internetowe serwisy o zdrowiu – zawartość i popularność serwisów, profil użytkowników. <http://pbi.org.pl/wp-content/uploads/2016/11/03-RAPORT-Internetowe-serwisy-o-zdrowiu-2016.pdf>. Opublikowano 15.11.2016. Dostęp 6.02.2018.
4. Piasecka A. *Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2008:17.
5. Rudawska I. Podstawy marketingu usług zdrowotnych. W: Kautsch M, red. *Zarządzanie w opiece zdrowotnej – nowe wyzwania*. Warszawa: Wolters Kluwer; 2010:186.
6. Biederman M, Urbaniak M. Image – czynnikiem sukcesu firmy. *Marketing i Rynek*. 1998;5(11):17–19.
7. Olędzki J, Tworzydło D, red. *Leksykon public relations*. Rzeszów: Newsline; 2009:175.
8. Budzyński W. *Wizerunek równoległy: nowa szansa promocji firmy i marki*. Warszawa: Poltext; 2008:10–12,115.
9. Budzyński W. *Public relations: strategia i nowe techniki kreowania wizerunku*. Warszawa: Poltext; 2008:50.
10. GUS. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2014 r. [http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2014-r-,2,4.html](http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne-w-polsce-w-2014-r-,2,4.html). Opublikowano 31.10.2014. Dostęp czerwiec 2015.
11. GUS. Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w przedsiębiorstwach i gospodarstwach domowych w 2017 roku. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-informacyjne/wykorzystanie-technologii-informacyjno-komunikacyjnych-w-przedsiębiorstwach-i-gospodarstwach-domowych-w-2017-roku,3,15.html>. Opublikowano 4.12.2017. Dostęp 6.02.2018.
12. Szyfter JP. *Public relations w Internecie*. Gliwice: Helion; 2005:35.
13. Owczarek T, Zdonek D. Kryteria oceny strony internetowej szpitali w kontekście innowacyjnych strategii w sektorze usług zdrowotnych. *Zesz Nauk Pol Śl*. 2014;74(1921):581–591.

Rola pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie

The role of a nurse in home care of mechanically ventilated patients

Anna Mirczak^{A–F}

Katedra Gerontologii Społecznej, Instytut Pracy Socjalnej, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):61–66

Adres do korespondencji

Anna Mirczak
e-mail: anna.mirczak@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.03.2017 r.

Po recenzji: 12.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Liczba pacjentów wentylowanych mechanicznie w środowisku domowym sukcesywnie wrasta. Są to osoby, które z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej potrzebują ciągłej respiratoroterapii w celu prawidłowej wymiany gazowej w płucach. Wentylacja mechaniczna pacjentów w środowisku domowym jest szansą dla wszystkich osób, których życie uzależnione jest od respiratora. Jest to również duże wyzwanie opiekuńcze dla najbliższych, którzy od momentu wypisania członka rodziny ze szpitala muszą przeorganizować swoje dotychczasowe życie, aby zapewnić choremu adekwatną pomoc i wsparcie. Cele, jakie powinny przyświecać opiece nad pacjentem wentylowanym mechanicznie, to: wydłużenie życia w dobrej jakości, organizacja środowiska domowego pacjenta (zasobów ludzkich i rzeczowych), poprawa funkcjonowania fizycznego i psychicznego, zmniejszenie ryzyka powikłań i przedwczesnej śmierci oraz obniżenie kosztów opieki. Domowa opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie sprawowana jest przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, w którym pielęgniarka anestezjologiczna odgrywa kluczową rolę. Musi być ekspertem w diagnozowaniu i zarządzaniu potrzebami chorego oraz wspierać jego rodzinę. Celem niniejszej publikacji było przedstawienie roli pielęgniarki w domowej opiece nad pacjentem wentylowanym mechanicznie.

Słowa kluczowe: domowe wspomaganie wentylacji, wentylacja nieinwazyjna, wentylacja inwazyjna, pielęgniarka anestezjologiczna

DOI

10.17219/pzp/75491

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Patients requiring mechanical ventilation in home environment are systematically increasing in number. These are people who, because of their chronic respiratory failure, are in need of continuous respiratory therapy to ensure proper gas exchange in their lungs. Mechanical ventilation of patients in home environment is a unique opportunity for all those whose lives depend on a ventilator. It is also a great caring challenge for family caregivers, as they have to reorganize their lives to give the patient adequate help and support. Home care of a ventilator-dependent patient should be focused on prolonging the patient's life and improving its quality, organizing their home environment (human and material resources), improving their physical and mental functioning, reducing the risk of complications and premature mortality, and reducing the cost of care. Home care for a ventilator-dependent patient is provided by a multidisciplinary team, in which an anesthesiology nurse plays the key role. The nurse must be an expert in diagnosing and managing the needs of the patient, and should support the family caregivers. The aim of this publication was to present the role of a nurse in home care of mechanically ventilated patients.

Key words: home assisted mechanical ventilation, noninvasive ventilation, invasive ventilation, anesthesiology nurse

Wprowadzenie

Pacjent wentylowany mechanicznie w domu to osoba, która z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej wymaga respiratoterapii w celu prawidłowej wymiany gazowej w płucach. Decyzja o konieczności wspomagania pacjenta wentylacją mechaniczną w domu podejmowana jest w szpitalu przez profesjonalistów w dziedzinie opieki medycznej (np. lekarza anestezjologa) na podstawie ogólnej oceny stanu chorego oraz wyników badań gazometrycznych. Wentylację mechaniczną pacjenta można podzielić ze względu na rodzaj ciśnień wytwarzanych w drogach oddechowych podczas wdechu (wentylacja ciśnieniem ujemnym lub dodatnim), zakresu wspomagania oddechu własnego pacjenta (wentylacja kontrolowana lub wspomagana) oraz drogę podawania ciśnień z respiratora do układu oddechowego pacjenta (inwazyjna lub nieinwazyjna).¹ W przypadku wentylacji inwazyjnej powietrze z respiratora dostaje się do płuc pacjenta przez rurkę tracheostomijną lub intubacyjną. Wentylacja nieinwazyjna natomiast odbywa się bez przerwania ciągłości tkanek pacjenta, najczęściej z użyciem różnego rodzaju masek obejmujących nos i/lub usta.

Zgodnie z ogólnopolską analizą dokonaną przez Nasiłowskiego et al. liczba osób wspomaganych wentylacją mechaniczną w środowisku domowym na przełomie lat 2008/2009 wynosiła 846 (w tym 31% dzieci), czyli ok. 2,2 pacjenta na 100 tys. mieszkańców.² Autor dalej podaje, że w ciągu ostatniej dekady nastąpił rozwój domowej wentylacji mechanicznej, ponieważ obecnie pacjentów objętych tego rodzaju opieką jest prawie 20-krotnie więcej niż w 2001 r. Ogólna liczba pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu w krajach Europy Zachodniej jest jednak wciąż dużo większa niż w Polsce, bowiem wynosi średnio 16 chorych na 100 tys. mieszkańców. Prognozuje się dalszy wzrost odsetka chorych, u których konieczna jest wentylacja mechaniczna w domu. Pierwszy argument to postępujący proces starzenia się społeczeństwa, a tym samym wzrost liczby osób cierpiących na wiele chorób. Drugi natomiast to większa dostępność tego typu usług z powodu rozwoju technologii i dostosowania sprzętu do domowego użytku. Respiratory są obecnie niewielkie, proste w obsłudze oraz

dają możliwość swobodnego przemieszczania się dzięki wbudowanemu akumulatorowi.

Cele opieki domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie to: wydłużenie życia, poprawa jego jakości, poprawa funkcjonowania fizycznego i psychicznego, zmniejszenie ryzyka powikłań i przedwczesnego zgonu oraz obniżenie kosztów opieki.³ Proces przeniesienia pacjenta wentylowanego mechanicznie z oddziału szpitalnego do środowiska domowego jest działaniem wieloetapowym obejmującym następujące kroki:

1. zorganizowanie zespołu opieki domowej (personel opieki medycznej i społecznej, technicy, pracownicy administracji);
2. merytoryczne i praktyczne przygotowanie rodziny i innych osób z najbliższego otoczenia pacjenta (przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, wolontariusze) do sprawowania długoterminowej opieki domowej;
3. edukacja terapeutyczna pacjenta pod kątem samoopieki (trening funkcjonalny, rehabilitacja społeczna, medyczna i zawodowa).³

Wentylacja mechaniczna pacjenta w środowisku domowym jest świadczeniem refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Realizują go wyspecjalizowane ośrodki opieki domowej (głównie prywatne), które zapewniają pacjentowi profesjonalną opiekę medyczną (lekarza anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną oraz fizjoterapeutę), a także sprzęt (respirator, koncentrator tlenowy, ssak oraz materiały jednorazowego użytku), na podstawie kontraktu zawartego z NFZ. Zasady realizacji i finansowania świadczeń dla pacjentów objętych wentylacją mechaniczną w środowisku domowym określa *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 roku dotyczące świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej*.⁴ Według niego do usług gwarantowanych należy: opieka pielęgniarstwa i świadczenia pielęgniarstwa zgodnie z procesem pielęgnowania, w tym przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki (kształtowanie umiejętności radzenia sobie z niesprawnością), edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w po-

zyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta w domu.

Celem publikacji jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece długoterminowej domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie. Analizy dokonano na podstawie literatury zaczerpniętej z baz recenzowanych czasopism o profilu medycznym i nauk pokrewnych: PubMed i EBSCO, znalezionej za pomocą angielskich słów kluczowych (*home mechanical ventilation, noninvasive ventilation, invasive ventilation, anesthesiology nurse*). Skorzystano również z wyszukiwarki internetowej Google i usługi Google Scholar z zastosowaniem polskich słów kluczowych (domowe wspomaganie wentylacji, wentylacja nieinwazyjna, wentylacja inwazyjna, pielęgniarka anestezjologiczna). Ponadto przeanalizowano także rozdziały podręczników akademickich dotyczące poruszanej problematyki.

Zadania pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem wentylowanym mechanicznie

Pielęgniarska opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w domu ma charakter długoterminowy, definiowana jest jako „opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych”.⁵ Zakres świadczeń i katalog usług pielęgniarskich w opiece długoterminowej reguluje *Uchwała Nr 103/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2013 r.*⁶ Zgodnie z nią do zadań pielęgniarki opieki długoterminowej domowej (PODD) należy m.in.: promocja zdrowia i profilaktyka chorób, świadczenia diagnostyczne, edukacyjne, pielęgnacyjno-higieniczne, pielęgnacyjno-lecznicze, rehabilitacyjne oraz inne działania społeczne i medyczne. Powyższe zadania, których szczegóły znajdują się w ww. uchwale, wymagają doprecyzowania w kontekście wentylacji mechanicznej. Opieka pielęgniarska nad pacjentem wentylowanym mechanicznie w domu powinna zatem uwzględniać opisane w dalszej części artykułu grupy czynności.

Promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym budowanie kompetencji zdrowotnych pacjenta i jego rodziny

Zadaniem pielęgniarki jest odpowiednie wspomaganie pacjenta i jego rodziny w samodzielnym zarządzaniu chorobą przewlekłą, czyli procesem, w którym chory podejmuje samodzielne działania na rzecz utrzymania, poprawy lub wzmocnienia własnego zdrowia. Jest to również umiejęt-

ność rozpoznawania objawów zaostrzenia choroby wraz z podjęciem adekwatnych działań interwencyjnych, stosowanie się do zaleceń personelu opieki zdrowotnej na zasadzie interaktywnej współpracy, przeorganizowanie dotychczasowego stylu życia, a także pozyskiwanie informacji niezbędnych w procesie leczenia i profilaktyki trzeciorzędowej zdiagnozowanej jednostki chorobowej. Wszystkie powyższe działania są niemożliwe lub znacznie utrudnione, jeśli pacjent lub jego rodzina nie posiadają odpowiednich kompetencji zdrowotnych, które oznaczają stopień, w jakim jednostka potrafi pozyskiwać, przetwarzać, a także wykorzystywać podstawowe informacje o zdrowiu celem podejmowania prozdrowotnych zachowań i decyzji.⁷ Dlatego też dodatkowym zadaniem pielęgniarki w tym obszarze będzie diagnozowanie poziomu kompetencji zdrowotnych pacjenta i jego opiekunów nieformalnych i na tej podstawie planowanie edukacji z uwzględnieniem posiadanych przez pacjentów i ich rodziny deficytów wiedzy i umiejętności. Zgodnie z koncepcją Nutbeama zakres posiadanych kompetencji zdrowotnych można podzielić na 3 poziomy:

1. funkcjonalny (podstawowy), czyli umiejętność czytania informacji medycznych (formularzy, etykiet leków, tabel) oraz rozumienie treści pisanych i wypowiedzianych przez profesjonalistów opieki medycznej (lekarza, pielęgniarkę, farmaceutę) niezbędnych do przestrzegania zaleceń i sprawowania samoopieki w domu;
2. interaktywny, czyli szeroki zakres umiejętności i kompetencji, które ludzie nabywają w procesie socjalizacji, a które umożliwiają dokonywanie świadomych wyborów sprzyjających zdrowiu;
3. krytyczny, który oznacza podejmowanie zaawansowanych działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Poziom ten jest także tożsamy z umiejętnością skutecznego zarządzania chorobą własną i innych (np. bliskiego członka rodziny).⁸

Diagnoza poziomu kompetencji zdrowotnych pacjenta wentylowanego mechanicznie oraz jego rodziny zgodnie z ww. podziałem jest istotna z kilku powodów. Po pierwsze stanowi informację dla personelu medycznego sprawującego opiekę (szczególnie dla pielęgniarki) o możliwościach poznawczych odbiorców procesu edukacyjnego, do których należy dostosować używane techniki i metody dydaktyczne. Po drugie jest to wyznacznik roli, jaką pielęgniarka musi przyjąć w procesie edukacji zdrowotnej pacjenta i jego rodziny. W przypadku chorego posiadającego podstawowy poziom kompetencji zdrowotnych będzie to rola nauczyciela (przekazanie najważniejszych informacji). Dla osoby z interaktywnym poziomem kompetencji zdrowotnych będzie to rola trenera (przekazanie informacji oraz rozwijanie konkretnych umiejętności). Natomiast w sytuacji, w której jednostka reprezentuje krytyczny poziom kompetencji zdrowotnych, pielęgniarka przyjmie rolę partnera, czyli osoby towarzyszącej i wspierającej w dokonywanych wyborach dotyczących profilaktyki

trzeciorzędowej i promocji zdrowia. Analogicznie należy postępować w przypadku edukowania rodziny pacjenta sprawującej nad nim bezpośrednią opiekę. Chory wentylowany mechanicznie w domu niejednokrotnie wymaga całkowitej opieki ze strony osób najbliższych, które muszą być odpowiednio, z uwzględnieniem ich możliwości poznawczych, przygotowane do tego zadania.⁹

Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny jako forma adaptacji do nowej sytuacji

Odpowiednie przygotowanie teoretyczne i praktyczne rodziny do opieki nad bliskim wentylovanym mechanicznie jest najistotniejszym elementem procesu przeniesienia pacjenta ze szpitala do domu. Jest to również wyznacznik sukcesu całego przedsięwzięcia.¹⁰ Osobą odpowiedzialną za to zadanie jest pielęgniarka, która przekazuje rodzinie wiedzę, rozwija umiejętności i kształtuje prozdrowotną postawę. Edukacja zdrowotna w tym wypadku dotyczy następujących zagadnień: wiedzy na temat zdiagnozowanej jednostki chorobowej i sposobu leczenia, pielęgnacji rurki tracheostomijnej, obsługi sprzętu niezbędnego do prowadzenia domowej wentylacji mechanicznej (respirator, ssak, koncentrator tlenowy, pulsoksymetr, worek ambu), postępowania w sytuacjach krytycznych, takich jak nagłe zatrzymanie krążenia, niedrożność rurki tracheostomijnej, awaria respiratora czy innego urządzenia niezbędnego do wentylacji mechanicznej, awaria zasilania lub innych nieprzewidzianych zdarzeń. Dodatkowo należy pamiętać, że rodzina decydująca się przejąć opiekę nad najbliższym, którego życie jest uzależnione od respiratora, ma wiele obaw. Jedyną szansą zmniejszenia tego niepokoju jest edukacja, podczas której informacje muszą być przekazywane stopniowo i sukcesywnie, a czasem, w zależności od możliwości poznawczych odbiorców, powtarzane wielokrotnie. W polskich badaniach problemów pielęgnacyjnych pacjentów wentylovanych w warunkach domowych autorzy podkreślili, że obecnie czas poświęcony na edukację zdrowotną pacjenta i jego rodziny jest niewystarczający.¹¹ Może to niekorzystnie rzutować na jakość sprawowanej opieki oraz powodować szybkie wyczerpanie opiekunów nieformalnych.

Świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze w zależności od rodzaju wentylacji, tj. inwazyjnej lub nieinwazyjnej

Wentylacja inwazyjna wymaga większej liczby działań pielęgnacyjnych niż wentylacja nieinwazyjna. Należy do nich regularna toaleta drzewa oskrzelowego, w tym odsysanie z niego wydzieliny, utrzymanie higieny jamy ustnej i nosowej, zmiana opatrunku wokół rurki tracheostomijnej z zachowaniem zasad aseptyki oraz obserwacja i kontrola ilości i rodzaju wydzieliny w drogach oddechowych. Po każdej toalecie drzewa oskrzelowego pielęgniarka musi

skontrolować prawidłowe ułożenie rurki tracheostomijnej. W przypadku wentylacji nieinwazyjnej pielęgniarka powinna regularnie sprawdzać, czy stosowana maska nie powoduje nadmiernego ucisku na twarzy pacjenta, co w konsekwencji może prowadzić do powstania odleżyn. Podczas wszystkich działań pielęgniarka musi być wrażliwa na subiektywne dolegliwości i potrzeby zgłaszane przez pacjenta i uwzględniać je w procesie pielęgnowania.

Komunikacja z pacjentem wentylovanym mechanicznie

W przypadku pacjentów z założoną rurką tracheostomijną komunikacja werbalna jest znacznie utrudniona, a czasem po prostu niemożliwa. Rozmowa z drugą osobą jest nieodzowną potrzebą każdego człowieka, a tym bardziej osoby, u której poziom lęku spowodowany chorobą przewlekłą jest bardzo wysoki. Potrzeba ta może być zaspokojona przez dobór odpowiednich metod i użycie urządzeń ułatwiających porozumiewanie się pacjenta z otoczeniem. Zadaniem pielęgniarki jest wybór odpowiedniego sposobu komunikacji (werbalnej lub pozawerbalnej) w zależności od możliwości pacjenta. Przykładem porozumiewania się pozawerbalnego może być nauczenie pacjenta sygnalizowania swoich potrzeb za pomocą uścisku ręki, zamykania powiek w odpowiedzi na tak lub nie, ruchu gałek ocznych, pisania krótkich komunikatów na kartce, układania wyrazów i zdań przez wskazywanie poszczególnych liter na specjalnych szablonach lub obrazkach oraz wielu innych metod.¹² W dobie prężnie rozwijającej się technologii informacyjnej komunikacja z pacjentem wentylovanym mechanicznie z powodu różnych przewlekłych chorób może być łatwiejsza dzięki dobraniu odpowiednich urządzeń do komunikacji alternatywnej, takich jak: wideofony, ekrany i monitory dotykowe, przyciski i interfejsy, specjalne komunikatory itp. Często jednak podstawową barierą w stosowaniu tych urządzeń przez pacjenta i jego rodzinę jest opór przed nieznanym oraz wysoka cena sprzętu. Do zadań pielęgniarki w kontekście komunikacji należy więc poinformowanie rodziny pacjenta, jak stosować alternatywne metody porozumiewania się w sytuacji, gdy kontakt werbalny jest niemożliwy.

Wsparcie dla opiekunów nieformalnych

Opieka nad przewlekle chorym członkiem rodziny w środowisku domowym wymaga od najbliższego otoczenia dużych zasobów czasowych, materialnych, a także psychofizycznych. Jest to sytuacja bardzo skomplikowana i wiele badań wskazuje na przeciążenie bliskich chorego tym zadaniem, co często prowadzi do zespołu wypalenia i idących za nim konsekwencji zdrowotnych.^{13,14} W przypadku pacjentów wentylovanych mechanicznie trudności opieki jest jeszcze większe. Często rodziny pacjentów, mając duże poczucie obowiązku, czują się uwięzione w schemacie dnia codziennego, który polega na nieustającym

zajmowaniu się bliskim kosztem własnego życia i czasu wolnego. Wśród problemów, które sygnalizują osoby sprawujące długoletnią domową opiekę nad pacjentem wentylovanym mechanicznie, znajdują się kwestie związane z emocjonalnym i fizycznym wyczerpaniem oraz brakiem snu i odpoczynku. Rodziny zgłaszają także chęć edukacji i treningu w zakresie sprawowanej opieki oraz potrzebę szeroko rozumianej pomocy w wykonywanych czynnościach.¹⁵ Dlatego też jeśli pielęgniarka chce spełnić ich oczekiwania, powinna podjąć się ważnego zadania, jakim jest właściwe wspieranie rodzin (m.in. informacyjne, instrumentalne, emocjonalne). Jakość i sposób udzielania tych świadczeń pielęgniarskich może niewątpliwie wpływać na poziom satysfakcji życiowej zarówno opiekunów nieformalnych, jak również pacjentów. W celu odciążenia osób zajmujących się pacjentami wentylowanymi mechanicznie w domu warto byłoby ułatwić (w ujęciu systemowym) dostęp do stacjonarnej okresowej opieki zastępczej (ang. *respite care*). Opieka zastępcza, nazywana też wyręczającą, może być realizowana w domu pacjenta, kiedy pełni ją opłacony personel medyczny lub inne osoby (w tym wolontariusze) w sposób usystematyzowany lub nieregularny, lub też w placówkach stacjonarnych nie dłużej niż 10 dni (zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ).¹⁶ W praktyce ten rodzaj opieki w większości realizowany jest w formie niestacjonarnej, tj. w domu pacjenta po kilka godzin tylko w wybrane dni tygodnia przez wyspecjalizowany personel medyczny w ramach świadczeń refundowanych przez NFZ. W konsekwencji opiekunowie nieformalni nie mają możliwości ciągłego, kilkudniowego odpoczynku od obowiązków wobec chorego w celu zregenerowania sił i zadbania o własne zdrowie.

Podsumowanie

Możliwość stosowania wentylacji mechanicznej w środowisku domowym jest szansą dla wszystkich osób, których życie uzależnione jest od respiratora. Pacjentów tych cechuje większa przeżywalność, mniejsze ryzyko zakażeń i innych powikłań niż w środowisku szpitalnym. Mają oni także możliwość polepszenia jakości życia pomimo choroby przewlekłej.¹⁷ Jest to duże wyzwanie opiekuńcze dla najbliższych, którzy od momentu wypisania chorego członka rodziny ze szpitala muszą przeorganizować swoje dotychczasowe życie, aby zapewnić mu adekwatną pomoc i wsparcie. Niejednokrotnie wymaga to dużej wiedzy, cierpliwości i oddania. Dlatego też ciężar opieki nie może spoczywać wyłącznie na rodzinie, a powinien być rozłożony między nią a wykwalifikowanych pracowników opieki zdrowotnej działających w ramach świadczeń opieki długoterminowej. Jednym z członków takiego zespołu jest właśnie pielęgniarka, której liczne zadania zostały wymienione powyżej. Jest to zawód zaufania publicznego, co sprawia, że jego przedstawiciele często zostają łącznikami pomiędzy pacjentem a pozostałymi osobami, zarówno ze

środowiska zewnętrznego, jak również z rodziny. Opieka pielęgniarska nad pacjentem wentylovanym mechanicznie jest niezbędnym ogniwem umożliwiającym przeniesienie pacjenta z warunków szpitalnych do środowiska domowego, w którym czuje się komfortowo.¹⁸

Zadania pielęgniarki w opiece domowej nad pacjentem wentylovanym mechanicznie uwarunkowane są wieloma zmiennymi, m.in.: sytuacją bytową pacjenta, wydolnością opiekuńczą najbliższych członków rodziny, chęcią podjęcia współpracy i stopniem zaangażowania pacjenta i jego rodziny w proces samoopieki. Aby opieka mogła być dostosowana do aktualnych potrzeb i możliwości pacjenta oraz jego rodziny, pielęgniarka musi uwzględniać wszystkie powyższe czynniki. Dodatkowo opieka nad chorym wentylovanym w domu wymaga utworzenia sieci wsparcia medycznego (personel medyczny) i pozamedycznego (rodzina, znajomi, pracownik socjalny itp.). Ich działania powinny być zintegrowane i wielowymiarowe.

Niniejsza publikacja nie wyczerpuje zagadnienia, a stanowi raczej wstęp do dalszych rozważań naukowych, ponieważ temat domowej wentylacji mechanicznej w aspekcie zadań i roli pielęgniarki jest zagadnieniem niszowym w Polsce. Brakuje w tym zakresie badań i konkretnych standardów postępowania.

Piśmiennictwo

1. Szkulmowski Z. Techniki wentylacji płuc. W: Kusza K, red. *Układ sercowo-naczyniowy*. Bydgoszcz–Poznań: UNI-DRUK; 2008.
2. Nasiłowski J, Szkulmowski Z, Migdał M, et al. Rozpowszechnienie wentylacji mechanicznej w warunkach domowych w Polsce. *Pneumonol Alergol Pol*. 2010;78(6):392–398.
3. O'Donohue WJ, Giovannoni RM, Goldberg AI. Long-term mechanical ventilation: Guidelines for management in the home and at alternate community sites: Report of the Ad Hoc Committee, Respiratory Care Section, American College of Chest Physicians. *Chest*. 1986;90(Supl 1):15–37S.
4. Dz.U. Rzeczypospolitej Polskiej. Poz. 1480. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20130001480/O/D20131480.pdf>. Opublikowano 9.12.2013. Dostęp 30.03.2017.
5. NFZ. Zarządzenie nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6.11.2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarzadzanie-nr-602016dsoz,6500.html>. Opublikowano 6.11.2014. Dostęp 30.03.2017.
6. NIPiP. Uchwała Nr 103/VI/2013 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia katalogu świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgniarskich i położniczych realizowanych przez pielęgniarkę/położną poz. <http://arch.nipip.pl/index.php/prawo/uchwaly/naczelnych-rad/w-roku-2013/299-posiedzenie-nrpip-w-czerwcu-2013-r/2214-uchwala-nr-103-vi-2013-w-sprawie-przyjecia-katalogu-swiadczen-zdrowotnych-i-czynnosci-pielęgniarskich-i-polożniczych-realizowanych-przez-pielęgniarkę-polożną-poz>. Opublikowano 7.08.2013. Dostęp 30.03.2017.
7. WHO. The Solid Facts. Health Literacy 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf. Dostęp 19.02.2016.
8. Nutbeam D. Literacies across the lifespan: Health literacy. *Lit Numer Stud*. 1999;9(2):47–55.
9. Iwanowicz E. „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Med Pr*. 2009;60(5):427–437.

10. Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, et. al. *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems, single volume*. St. Louis, MO: Elsevier Health Sciences; 2014.
11. Pilch D, Kowalski A, Wieder-Huszla S, Jurczak A, Stanisławska M, Grochans E. Nursing problems of patients receiving home mechanical ventilation. *JPHNMR*. 2015;132(1):26–31.
12. Kózka M. Standardy opieki nad chorym z niewydolnością oddechową. W: Kózka M, red. *Stany zagrożenia życia: Wybrane standardy opieki i procedury postępowania pielęgniarstwa*. Kraków: WUJ; 2001:49–61.
13. Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: Caregiver perspectives. *Child Care Health Dev*. 2007;33(2):180–187.
14. Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, et. al. The experience of burn-out among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;49(1): e1–e5.
15. Evans R, Catapano M, Brooks D, Goldstein R, Avendano M. Family caregiver perspectives on caring for ventilator-assisted individuals at home. *Can Respir J*. 2012;19(6):373–379.
16. NFZ. Zarządzenie Nr 89/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2006 roku w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka długoterminowa”. <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-892006,2250.html>. Opublikowano 19.06.2006. Dostęp 30.03.2017.
17. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2003;12(6):860–872.
18. Szkulmowski Z. Wentylacja mechaniczna w domu: Doświadczenia Zespołu Domowego Leczenia Respiratorem Domu Sue Ryder w Bydgoszczy. *Anest Intens Ter*. 2003;35:185–188.

The role of vitamin D in Crohn's disease: Literature review

Rola witaminy D w chorobie Leśniowskiego–Crohna – przegląd literatury

Iga J. Gromny^{A–D}

Department and Clinic of Gastroenterology and Hepatology, Wrocław Medical University, Wrocław, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;
D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of article

Nursing and Public Health, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):67–71

Address for correspondence

Iga J. Gromny
E-mail: igagromny@op.pl

Conflict of interests

None declared

Received on July 13, 2017
Rewievied on August 29, 2017
Accepted on September 16, 2017

Abstract

Crohn's disease is a form of inflammatory bowel disease which may affect any part of the gastrointestinal tract. The etiology of the disease remains unclear. Genetic, environmental and immunological factors are considered. The deficiency of vitamin D is common among patients with Crohn's disease. Vitamin D, because of its immunomodulatory properties, may influence the development and course of Crohn's disease. Patients with Crohn's disease present some additional risk factors of osteoporosis such as maldigestion and malabsorption, increased loss of nutrients due to chronic diarrhea, pharmacological treatment, as well as past surgical procedures (resection of ileum). Because of the food intolerance, the diet of patients suffering from Crohn's disease may include reduced amounts of calcium and vitamin D, thus, contributing to the increased risk of osteoporosis. As a result of the above-mentioned factors, there is a need for monitoring and proper supplementation of vitamin D in Crohn's disease patients.

Key words: Crohn's disease, inflammatory bowel diseases, vitamin D

DOI
10.17219/pzp/77039

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Choroba Crohna zaliczana jest do nieswoistych chorób zapalnych jelit. Zmiany zapalne w jej przebiegu mogą obejmować wszystkie części przewodu pokarmowego. Etiologia choroby nie jest do końca jasna, wśród jej przyczyn wymienia się czynniki genetyczne, immunologiczne i środowiskowe. U pacjentów, u których zdiagnozowano chorobę Crohna, często stwierdza się niedobory witaminy D. Witamina D, z uwagi na jej immunomodulujące właściwości, może wpływać na rozwój oraz przebieg choroby Crohna. U osób z rozpoznaniem choroby Crohna występują pewne dodatkowe czynniki ryzyka wystąpienia osteoporozy. Możemy do nich zaliczyć zaburzenia trawienia oraz wchłaniania, utratę składników odżywczych na skutek przewlekłej biegunki, stosowane leki, zabiegi chirurgiczne (między innymi polegające na usunięciu istotnych części jelita cienkiego). Pacjenci z chorobą Leśniowskiego–Crohna nie tolerują niektórych pokarmów, co może wiązać się ze zmniejszoną zawartością wapnia i witaminy D i tym samym przyczyniać się do zwiększenia ryzyka wystąpienia osteoporozy. Z tego powodu u pacjentów z chorobą Crohna istnieje konieczność monitorowania oraz właściwej suplementacji witaminy D.

Słowa kluczowe: nieswoiste choroby zapalne jelit, choroba Leśniowskiego–Crohna, witamina D

Background

Crohn's disease (CD) is a form of inflammatory bowel disease (IBD) that may affect any part of the gastrointestinal tract, primarily the ileum and colon.¹

The etiology of CD remains unclear. Genetic, environmental and immunological factors are considered.²

Crohn's disease is most often diagnosed in patient before 30, however, the second peak occurs at about the age of 50.³ In the course of CD, we differentiate both intestinal and extra-intestinal symptoms. As far as intestinal symptoms are concerned, we can mention abdominal pain, diarrhea, nausea, vomiting and weight loss.

The extra-intestinal manifestations of CD are the following: arthritis, erythema nodosum, pyoderma gangrenosum, uveitis, primary sclerosing cholangitis and osteoporosis.⁴

Since the early 1980s, vitamin D deficiency has been regarded as a risk factor of CD.⁵ It is considered that vitamin D insufficiency affects about 35–100% of patients with CD.⁶

Vitamin D may suppress microbial invasion into the gut epithelium. It is important because of the pathomechanism of CD in which we observe a dysfunction of the immune defense barrier of the intestines. Vitamin D inhibits the transcription of pro-inflammatory cytokines increased in CD patients.^{7,8} The level of vitamin D may affect the course and activity of the disease and impact quality of life and the frequency of hospitalizations.

Vitamin D

Vitamin D, also known as calciferol, belongs to the group of fat-soluble seco-sterols. There are two main forms of vitamin D – vitamin D₂ (ergocalciferol) and vitamin D₃ (cholecalciferol).⁹ Dietary sources of vitamin D₂ involve irradiated yeast, plants and fungi. Vitamin D₃ is produced from 7-dehydrocholesterol in the epidermal layer of the skin by exposure to ultraviolet B radiation (spectrum 290–315) or can be obtained from diet (fish, meat, offal, egg or dairy).¹⁰

The D₂ and D₃ forms differ in their structure but the metabolic pathway of both vitamins is the same. However, there is no evidence that both forms of vitamin D have the same biological activity. But, based on the current data, it can be assumed that vitamin D has a greater biological potential.¹¹

The best measure of an individual's vitamin D status is serum 25-hydroxyvitamin D. It reflects both sunlight exposure and dietary vitamin D intake.

The normal level of vitamin D in serum is approx. 30 ng/mL. The level between 20 and 30 ng/mL is considered to be insufficient and below 20 ng/mL is recognized as deficient.¹²

Firstly, vitamin D is metabolized in the liver to 25 hydroxyvitamin D (25(OH)D-calcidiol) by the 25-hydroxylase. The level of 25(OH)D is used to assess vitamin D status. 25 hydroxyvitamin D is the major circulating form of vitamin D, bounded to a plasma protein known as vitamin D binding protein which also transports vitamin D and calcitriol.¹³

In the kidney, the 1 α -hydroxylase converts 25(OH)D to the biologically active form 1,25-dihydroxyvitamin D ([1,25(OH)₂D]-calcitriol). 1,25(OH)₂D increases calcium absorption in the duodenum and stimulates differentiation and activation of osteoblasts and osteoclasts in bones.¹⁴

Vitamin D receptor (VDR) is present in almost all tissues and cells of the human body. The role of VDR is heterogeneous. For instance, it inhibits cellular proliferation, angiogenesis and renin production, induces terminal differentiation and stimulates insulin production.¹⁵

A decreased level of vitamin D is frequent among newly-diagnosed IBD patients. This may indicate that vitamin D deficiency is related to the increased risk of IBD.

Nerih et al., in a cohort study, showed that women living in southern latitudes had lower risk of developing CD (hazard ratio [HR] 0.48, 95% confidence interval [CI] 0.3–0.7) and colitis ulcerosa [HR 0.62, 95% CI 0.4–0.9] than those living in northern latitudes.¹⁶ This suggests that there is a possible role of vitamin D in the pathogenesis of CD.

The absorption of vitamin D occurs in the proximal small intestine, mainly in the jejunum.

Fat malabsorption and inflammation of the small intestine may be the main cause of vitamin D deficiency in CD as well as of the removal of large sections of the ileum or the jejunum.

Farraye et al. noticed that even in quiescent disease, the capability to absorb vitamin D is decreased on average by 30% compared to healthy controls after supplementation with 1250 µg (50 000 IU) vitamin D₂.¹⁷

Some drugs may affect the absorption of vitamin D. For instance, cholestyramine, which is used to treat diarrhea after bowel resection, can reduce vitamin D absorption by decreasing bile acid production.

Drugs used in CD can also influence the level of serum vitamin D indirectly. Treatment with azathioprine or adalimumab, can increase the risk of skin cancer. For these reasons, such patients are made aware of the danger of sun exposure. Therefore, the vitamin D synthesis from sun exposure may be reduced.¹⁸

Osteoporosis in the course of Crohn's disease

According to the World Health Organization (WHO), osteoporosis is the reduction in bone mineral density (BMD) by 2.5 or more standard deviations below that of the mean peak BMD of young adults measured by dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA).¹⁹

Low BMD is a common extra-intestinal manifestation in CD. It is estimated that osteoporosis affects approx. 40% of patients with CD.²⁰ There are some additional risk factors of low BMD among patients with CD, for instance, chronic inflammation, corticosteroid treatment, extensive small-bowel disease or resection and nutritional deficiencies.²¹ Screening recommendations for CD patients are the same as for the general population, which are based on risk factors such as ongoing corticosteroid treatment, corticosteroid use more than 3 months, postmenopausal status, age and previous low-trauma fracture.^{22,23} Corticosteroids decrease BMD by the suppression of circulating estrogen, which inhibits interleukin-6 (IL-6). This cytokine has the ability to stimulate the activation of osteoclasts.²⁴ What is more, in men, steroids decrease the level of testosterone in the blood, which results in a similar effect on bones.²⁵ Steroids inhibit osteoblast differentiation, synthetic ability and calcium absorption. On the other hand, other pharmacological treatments such as anti-TNF therapy improves BMD.²⁶ It protects bones against osteoclasts by reducing α-TNF, which may activate the mechanisms of bone destruction.

Most of the studies suggest that lower BMD is more frequent in CD than in ulcerative colitis (UC). Moreover, there is an increased risk of low energy fractures in female patients with CD, but not in male patients with CD or in patients with UC.²⁷

The inflammation on its own may accelerate the risk of lowered bone density through pro-inflammatory cytokines such as tumor necrosis factor-α, interleukin-1 β or IL-6 TNF-related cytokines (tumor necrosis factor) like the receptor activator of nuclear factor kappa B (RANK), its ligand RANKL and osteoprotegerin.

Vitamin D regulates bone metabolism both directly and indirectly. It acts on osteoblasts, osteocytes and osteoclasts and controls the transcription of genes and the differentiation and mineralization of osteoblasts. It also has an impact on the production of type-I collagen, osteocalcin, osteopontin and bone sialoprotein (BSP1).

Calciferol stimulates osteocytes to produce fibroblast growth factor 23, which manages the hydroxylation of 1,25 (OH)₂D₃ in kidneys, inhibits the reabsorption of phosphates and decreases the production of para-thormone.

Vitamin D activates preosteoblasts to release the macrophage-colony stimulating factor (M-CSF), which activates the proliferation of proosteoclasts and inhibits their apoptosis. On the membrane of proosteoclasts, there is a receptor activator of nuclear factor kappa-B (RANK). Proosteoblasts release Receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand (RANKL), which binds with RANK. This results in the activation of osteoclasts.

Osteoblasts produce osteoprotegerin, which may bind with RANKL and inhibits its binding with RANK, stopping osteoclast differentiation. Vitamin D increases in the expression of RANKL in osteoblasts and inhibits the expression of OPG, which results in stimulating osteoclastogenesis.²⁸

There are a few studies on the relationship between serum 25(OH) D and bone mineral density in patients with CD whose findings are contradictory. Some researchers suggest that there is a relationship between vitamin D level and bone mineral density in adults while others do not find such a correlation.^{29,30}

Krela-Kaźmierczak et al. studied the association between the serum levels of interleukins (IL-13, IL-4, IL-17, IL-1β), osteoprotegerin and s-RANKL proteins in patients with CD and decreased BMD. The results of their study showed that IL-13, IL-1β, and IL-4 seem to be connected with the pathology of low BMD in CD. Furthermore, modulating osteoprotegerin by IL-13 may decrease BMD.³¹

Influence of vitamin D level on disease activity, quality of life and hospitalization rate

Studies suggest that vitamin D levels inversely correlate with disease activity in patients with CD.

Sadeghian et al. found that patients with CD had lower serum 25(OH)D level in comparison to healthy controls. What is more, there was an inverse correlation between serum 25(OH)D concentrations and severity of CD.³²

In a cross-sectional study of 182 CD patients and 62 healthy controls, serum 25-OH vitamin D was measured. By stratified analysis, 25-OH vitamin D levels were compared to Crohn's disease activity index and C-reactive protein. Serum 25-OH vitamin D was inversely associated with disease activity. Patients who took oral vitamin D supplementation had lower Crohn's disease activity index and C-reactive protein than non-users.³³

In another cross-sectional study, the relationship between serum vitamin D level and both disease activity and quality of life among patients with IBD was examined. Quality of life was assessed by the Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (SIBDQ). Vitamin D deficiency was independently correlated with lower quality of life and greater disease activity in IBD.³⁴

Serum vitamin D levels may also affect the frequency of hospitalization of patients with CD. In a retrospective cohort study, an association between vitamin D level and hospitalization rate in Crohn's disease patients was assessed. The study showed that CD patients with a low vitamin D level were almost twice as likely to be admitted to a hospital than those with a normal vitamin D level. Higher mean vitamin D level was associated with a 3% lower likelihood of admission with every unit (ng/mL) rise in mean vitamin D level.³⁵ In conclusion, the above-mentioned studies have shown that a decreased level of vitamin D is related to higher severity of the disease and the frequency of hospitalizations as well as lower life quality.

Supplementation of vitamin D

In accordance with the first European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) consensus guideline, supplementation of vitamin D and calcium should be considered in patients with low BMD and/or with additional risk factors.³⁶

FRAX (fracture risk calculator) can be a useful tool which helps to identify people who may be at risk of developing osteoporosis. It is a diagnostic tool used to evaluate the probability of bone fracture in the next 10 years.³⁷ However, until now, FRAX has not been validated in IBD.

The recommended dosage of vitamin D is 1000 IU daily. A higher dose is required if deficiency of vitamin D is recognized. Additional substitution of calcium is recommended only when there is not enough calcium in the diet. Studies show that the daily supplementation of calcium (500–1000 mg) and vitamin D (800–1000 mg) increases BMD in IBD patients. It is suggested to receive vitamin D and calcium preparations during corticosteroid treatment.³⁸

Summary

Vitamin D plays an important role in the maintenance of a normal mineralized bone structure. It af-

fects both the pathogenesis and the course of Crohn's disease.

In the light of the above-mentioned studies, it is necessary to control the serum level of vitamin D and its appropriate oral supplementation.

References

- Hendrickson BA, Gokhale R, Cho JH. Clinical aspects and pathophysiology of inflammatory bowel disease. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15(1):79–94. doi: 10.1128/cmr.15.1.79-94.2002.
- Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet.* 2012;380(9853):1590–1605. doi:10.1016/S0140-6736(12)60026-9.
- Sandler RS, Golden AL. Epidemiology of Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol.* 1986;8(2):160–165.
- Levine JS, Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2011;7(4):235–241.
- Ardesia M, Ferlazzo G, Fries W. Vitamin D and inflammatory bowel disease. *Biomed Res Int.* 2015;2015:470805. doi: 10.1155/2015/470805.
- Nic Suibhne T, Cox G, Healy M, O'Morain C, O'Sullivan M. Vitamin D deficiency in Crohn's disease: Prevalence, risk factors and supplement use in an outpatient setting. *J Crohn's Colitis.* 2012;6(2):182–188. doi: 10.1016/j.crohns.2011.08.002.
- Pastorelli L, De Salvo C, Mercado JR, Vecchi M, Pizarro TT. Central role of the gut epithelial barrier in the pathogenesis of chronic intestinal inflammation: Lessons learned from animal models and human genetics. *Front Immunol.* 2013;4:280. doi: 10.3389/fimmu.2013.00280.
- Abdo J, Rai V, Agrawal DK. Interplay of immunity and vitamin D: Interactions and implications with current IBD therapy. *Curr Med Chem.* 2017;24(9):852–867. doi: 10.2174/0929867323666161026124951.
- Holick MF, MacLaughlin JA, Clark MB, et al. Photosynthesis of previtamin D3 in human skin and the physiologic consequences. *Science.* 1980;210(4466):203–205.
- Jäpelt RB, Jakobsen J. Vitamin D in plants: A review of occurrence, analysis, and biosynthesis. *Front Plant Sci.* 2013;4:136. doi: 10.3389/fpls.2013.00136.
- Heaney RP, Recker RR, Grote J, Horst RL, Armas LAG. Vitamin D₃ is more potent than vitamin D₂ in humans. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;96(3):E447–E452. doi: 10.1210/jc.2010-2230.
- Kennel KA, Drake MT, Hurley DL. Vitamin D deficiency in adults: When to test and how to treat. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):752–757; quiz 757–758. doi: 10.4065/mcp.2010.0138.
- Bikle DD. Vitamin D metabolism, mechanism of action, and clinical applications. *Chem Biol.* 2014;21(3):319–329. doi: 10.1016/j.chembiol.2013.12.016.
- Bikle D. *Vitamin D: Production, Metabolism, and Mechanisms of Action.* MDText.com, Inc.; 2000. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25905172>. Accessed August 31, 2017.
- Campbell FC, Xu H, El-Tanani M, Crowe P, Bingham V. The yin and yang of vitamin D receptor (VDR) signaling in neoplastic progression: Operational networks and tissue-specific growth control. *Biochem Pharmacol.* 2010;79(1):1–9. doi: 10.1016/j.bcp.2009.09.005.
- Nerich V, Jantchou P, Boutron-Ruault M-C, et al. Low exposure to sunlight is a risk factor for Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;33(8):940–945. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04601.x.
- Farraye FA, Nimitphong H, Stucchi A, et al. Use of a novel vitamin D bioavailability test demonstrates that vitamin D absorption is decreased in patients with quiescent Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(10):2116–2121. doi: 10.1002/ibd.21595.
- Maddox JS, Soltani K. Risk of nonmelanoma skin cancer with azathioprine use. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14(10):1425–1431. doi: 10.1002/ibd.20444.
- Blake GM, Fogelman I. The role of DXA bone density scans in the diagnosis and treatment of osteoporosis. *Postgrad Med J.* 2007;83(982):509–517. doi: 10.1136/pgmj.2007.057505.
- Compston JE, Judd D, Crawley EO, et al. Osteoporosis in patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 1987;28(4):410–415.
- Reinshagen M. Osteoporosis in inflammatory bowel disease. *J Crohn's Colitis.* 2008;2(3):202–207. doi: 10.1016/j.crohns.2008.01.005.

22. Compston J, Bowring C, Cooper A, et al. Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and older men in the UK: National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) update 2013. *Maturitas*. 2013;75(4):392–396. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.05.013.
23. Nelson HD, Haney EM, Chou R, Dana T, Fu R, Bougatsos C. *Screening for Osteoporosis*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722176>. Accessed July 8, 2017.
24. Epstein FH, Manolagas SC, Jilka RL. Bone marrow, cytokines, and bone remodeling – emerging insights into the pathophysiology of osteoporosis. *N Engl J Med*. 1995;332(5):305–311. doi: 10.1056/NEJM199502023320506.
25. Schaison G, Durand F, Mowszowicz I. Effect of glucocorticoids on plasma testosterone in men. *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1978;89(1):126–131.
26. Bernstein M, Irwin S, Greenberg GR. Maintenance infliximab treatment is associated with improved bone mineral density in Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(9):2031–2035. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.50219.x.
27. Vestergaard P, Krogh K, Rejnmark L, Laurberg S, Mosekilde L. Fracture risk is increased in Crohn's disease, but not in ulcerative colitis. *Gut*. 2000;46(2):176–181. doi: 10.1136/gut.46.2.176.
28. Kohli SS, Kohli VS. Role of RANKL-RANK/osteoprotegerin molecular complex in bone remodeling and its immunopathologic implications. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011;15(3):175–181. doi: 10.4103/2230-8210.83401.
29. Shirazi KM, Somi MH, Rezaeifar P, Fattahi I, Khoshbaten M, Ahmadzadeh M. Bone density and bone metabolism in patients with inflammatory bowel disease. *Saudi J Gastroenterol*. 2012;18(4):241–247. doi: 10.4103/1319-3767.98428.
30. Middleton JP, Bhagavathula AP, Gaye B, et al. Vitamin D status and bone mineral density in African American children with Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57(5):587–93. doi: 10.1097/MPG.0b013e31829e0b89.
31. Krela-Kaźmierczak I, Szymczak A, Łykowska-Szuber L, et al. The importance of vitamin D in the pathology of bone metabolism in inflammatory bowel diseases. *Arch Med Sci*. 2015;11(5):1028–1032. doi: 10.5114/aoms.2015.54858.
32. Sadeghian M, Saneei P, Siassi F, Esmailzadeh A. Vitamin D status in relation to Crohn's disease: Meta-analysis of observational studies. *Nutrition*. 2016;32(5):505–514. doi: 10.1016/j.nut.2015.11.008.
33. Jørgensen SP, Hvas CL, Agnholt J, Christensen LA, Heickendorff L, Dahlerup JF. Active Crohn's disease is associated with low vitamin D levels. *J Crohn's Colitis*. 2013;7(10):e407–e413. doi: 10.1016/j.crohns.2013.01.012.
34. Castro FD, Magalhães J, Carvalho PB, Moreira MJ, Mota P, Cotter J. Lower levels of vitamin D correlate with clinical disease activity and quality of life in inflammatory bowel disease. *Arq Gastroenterol*. 2015;52(4):260–265. doi: 10.1590/S0004-28032015000400003.
35. Venkata KVR, Arora SS, Xie FL, Malik TA. Impact of vitamin D on the hospitalization rate of Crohn's disease patients seen at a tertiary care center. *World J Gastroenterol*. 2017;23(14):2539–2544. doi: 10.3748/wjg.v23.i14.2539.
36. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, et al. The first European evidence-based consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10(3):239–254. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv213.
37. Azagra R, Roca G, Encabo G, et al. FRAX[®] tool, the WHO algorithm to predict osteoporotic fractures: The first analysis of its discriminative and predictive ability in the Spanish FRIDEX cohort. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:204. doi: 10.1186/1471-2474-13-204.
38. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, et al. The first European evidence-based Consensus on extra-intestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016;10(3):239–254. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv213.

Zaburzenia odżywiania u biegaczek narciarskich

Eating disorders in cross-country skiers

Natalia Grzebisz^{A–F}

Szkoła Główna Turystyki i Rekreacji w Warszawie, Warszawa

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(1):73–77

Adres do korespondencji

Natalia Grzebisz
e-mail: nartalia@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.03.2017 r.

Po recenzji: 13.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Negatywnym dla kobiet skutkiem profesjonalnego uprawiania sportu mogą być zaburzenia odżywiania. Powstają one na skutek współdziałania czynników psychologicznych, biologicznych i społecznych. Są elementem tzw. triady sportsmenek. Obniżenie kaloryczności posiłków jest przyczyną m.in. zaburzeń menstruacyjnych, odwapnienia kości, anoreksji, bulimii, depresji. Do stwierdzenia i oceny zaburzeń jedzenia wykorzystuje się najczęściej kwestionariusze orientacji w sporcie, szacunek poboru dziennego wapnia oraz pytania dotyczące wzrostu, masy ciała, czasu ćwiczeń, percepcji, odżywiania i cyklu miesięczkowego. Według badań zaburzenia odżywiania dotyczą 19,4% zawodniczek trenujących biegi, 23% z nich nieregularnie miesiączkuje, a u 29,1% stwierdza się niedostateczne spożycie wapnia. Częściej zjawisko to występuje w krajach, gdzie biegi narciarskie są bardzo popularne, np. w Norwegii i Szwecji. Z problemem zbyt niskiej masy ciała borykały się Kristin Størmer Steira, Sofia Henriksson czy Eva Vrabcová-Nýlvrtová. Badania nad zaburzeniami odżywiania przeprowadzone były również w grupie greckiej reprezentacji w biegach narciarskich. Niniejsza praca przedstawia analizę stanu dotychczasowej wiedzy o etiologii, częstotliwości występowania oraz skutkach zaburzeń odżywiania wśród biegaczek narciarskich na podstawie dostępnej literatury.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, anoreksja, biegaczki narciarskie, triada sportsmenek

DOI

10.17219/pzp/75489

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

In the case of women, the negative effect of practicing sports professionally could be eating disorders. They occur as the result of the interaction of psychological, biological and social factors. Eating disorders are part of the so-called female triad of athletes. The reduction of the calorificity of meals causes, among other things, menstrual disorders, bone decalcification, anorexia, bulimia, and depression. What is most often used in order to diagnose and assess eating disorders are the questionnaires of orientation in sport, estimated daily calcium intake, as well as questions regarding height, weight, exercise time, perception, nutrition, and menstrual cycle. According to the literature, the problem of eating disorders applies to 19.4% of cross-country skiers, while 23% of them have irregular menstrual periods and 29.1% show inadequate calcium intake. This phenomenon is more common in the countries where cross-country skiing is very popular, e.g., in Norway and Sweden. The problem of excessively decreased body mass hit Kristin Stormer Steira, Sofia Hendriksson or Eva Vrabcová-Nývltová. Research on eating disorders was also conducted on a group of the Greek representation cross-country skiers, which is rather untypical, taking into consideration the specificity of this discipline. This paper presents an analysis of the current state of knowledge on the etiology, incidence and effects of eating disorders in this group of competitors on the basis of the available literature.

Key words: eating disorders, anorexia, cross-country skiers, female athlete triad

Wprowadzenie

Triada sportswomenek definiowana jest jako zespół objawów i stanów patologicznych obejmujących: zaburzenia odżywiania, zaburzenia miesiączkowania i zbyt niską gęstość mineralną kości.¹ Czynniki te są ze sobą ściśle powiązane.² Najczęściej jednak to niewystarczająca podaż energii w diecie jest przyczyną powstawania zaburzeń menstruacyjnych (zdefiniowanych jako brak 3–6 kolejnych cykli miesiączkowych) i mineralnych. Problem ten dotyczy szczególnie zawodniczek sportów wytrzymałościowych, w których masa ciała ma silny wpływ na poziom wydolności.³ Zaburzenia odżywiania powodują zanik miesiączki i redukcję ilości estrogenów, co prowadzi do utraty masy kostnej. Przyczyną rozchwiania może być nadmierna aktywność fizyczna lub niezabezpieczająca dziennego zapotrzebowania podaż energii w diecie. Stan ten potęgują również takie cechy charakteru, jak: perfekcjonizm, wytrwałość, wysokie oczekiwania względem siebie i niezależność. Wśród zaburzeń odżywiania wymienia się anoreksję, bulimię oraz zaburzenia nieklasyfikujące się do 2 wcześniejszych. U sportowców wyróżnia się dodatkowo anoreksję sportowców. Może ona dotyczyć aż 2/3 młodych zawodniczek.² Zaburzenia jedzenia mogą powodować anemię, zespół chronicznego zmęczenia, obniżony nastrój wraz ze stanami depresyjnymi, ubytki w szkliwie zębów, nieprawidłowe nawodnienie organizmu (co bezpośrednio wpływa na zdolności wysiłkowe), a przede wszystkim są potencjalną przyczyną zmian w równowadze kwasowo-zasadowej i elektrolitowej. Elementy te silnie wpływają na poziom sportowy i możliwości wysiłkowe zawodniczek oraz ich zdrowie. Rozpoznanie zaburzeń bazuje na ankietach składających się z pytań o odżywianie, urazy i funkcje rozrodcze. Przykładem może być kwestionariusz LEAF czy też Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.⁴

Márquez i Molinero w celach diagnostycznych zalecają badania fizykalne (ang. *personal protective equipment* – PPE), kontrole zdrowia, analizy dzienniczek dietetycz-

nych czy sprawdzanie składu masy ciała i zawartości tkanki tłuszczowej metodą impedancji lub absorpcjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii.⁵

Macleod twierdzi, że od 15% do nawet 65% zawodniczek może nieprawidłowo się odżywiać.⁶

Jak podaje Sundgot-Borgen (profesor z Norwegii zajmująca się medycyną sportową), aż 34% kobiet trenujących sylwetkowe dyscypliny sportu może przejawiać symptomy zaburzeń odżywiania.⁷ W tej grupie znajdują się m.in. gimnastyczki, baletnice lub zawodniczki wodnych i technicznych konkurencji sportowych. Problemy z żywieniem występują także często wśród kobiet uprawiających sporty walki (27%) lub sporty wytrzymałościowe (20%). Anoreksję lub bulimię zdiagnozowano u 13% zawodniczek uprawiających sporty techniczne (np. strzelectwo) oraz u nieco mniej, bo 11%, zawodniczek gier zespołowych. Nie notuje się natomiast nieprawidłowych wzorców odżywiania w sportach siłowych. W ogólnej populacji zawodniczek, bez uwzględnienia charakteru danej konkurencji czy dyscypliny, patologie żywienia dotyczą co 5. kobiety.⁷

W tej grupie znajdują się również zawodniczki startujące w biegach narciarskich. Częściej zaburzenia odżywiania dotyczą krajów, gdzie dyscyplina ta jest bardzo popularna, np. Norwegii i Szwecji. Z problemem zbyt niskiego poziomu masy ciała borykały się Kristin Størmer Steira, Sofia Hendriksson czy Eva Vrabcová-Nývltová.

Niniejsza praca przedstawia analizę stanu dotychczasowej wiedzy o etiologii, częstotliwości występowania oraz skutkach zaburzeń odżywiania wśród biegaczek narciarskich na podstawie dostępnej literatury.

Przyczyny występowania zaburzeń odżywiania

Według Raczyńskiej główną przyczyną zaburzeń odżywiania jest stosowanie nieprawidłowych diet, które nie zabezpieczają potrzeb organizmu sportowca (37%). Wśród innych czynników patogennych wymienia się urazy i nawracające choroby (30%), zmiany w sztabie szkole-

niowym, np. trenera (30%) lub nacechowane negatywnie uwagi dotyczące ciała zawodnika (19%).⁸ Problemy częściej pojawiają się w okresie startowym, kiedy to niska masa ciała odgrywa znaczącą rolę. Innymi przyczynami zaburzeń mogą być zniekształcona percepcja własnego ciała oraz uboga wiedza o odżywianiu.⁹ Prawidłowe nawyki są uważane za istotny czynnik determinujący wyniki sportowe. W literaturze wskazuje się na znaczącą rolę trenera w zapobieganiu anoreksji i/lub bulimii. W badaniu nad 52 biegaczkami narciarskimi Schubiger udowadnia ogromny wpływ rodziny na możliwość wystąpienia zaburzeń.¹⁰ Według jego badań trener i sam wysiłek mają mniejsze oddziaływanie na problemy z żywieniem. Są to jednak wyniki sprzeczne z większością dostępnych opracowań. Według Sundgot-Borgen ryzyko zwiększa się przy wczesnej specjalizacji, dłuższych okresach stosowania specjalistycznej diety, częstych wahaniach masy ciała, gwałtownym i znaczącym wzroście obciążeń treningowych oraz po traumatycznych przeżyciach.¹¹

W badaniach dotyczących wiedzy z zakresu żywienia Ronsen et al. podkreślają również brak odpowiedniej edukacji zawodników.¹² Tylko 6% biegaczy i aż 27% kobiet biegających na nartach korzystało z patogenicznych wzorców żywienia. Prawie wszyscy przedstawiciele tej grupy sportowej (95%) włączali do swojej diety środki specjalnego przeznaczenia – suplementy i odżywki. Najczęściej wybieranymi suplementami były kreatyna (45%), aminokwasy (30%), witaminy (88%) i minerały (82%). Biegacze chętnie sięgali też po żelazo (94%), witaminę C (88%) oraz oleje rybne (91%). Niedożywienie dotyczyło w większości grupy kobiet.¹²

W diecie biegaczy narciarskich często notuje się niedostatek węglowodanów (przede wszystkim prostych) oraz tłuszczów, które utożsamiane są z niezdrowym źródłem kalorii i powodem ich nadmiaru. Staje się to przyczyną np. problemów żołądkowych, trudności w prawidłowej i stabilnej koncentracji glukozy we krwi, słabszego wykorzystania tłuszczów jako substratu energetycznego czy osłabionej odpowiedzi immunologicznej.¹³

Objawy zaburzeń odżywiania u sportowców

Poza wspomnianymi wcześniej zaburzeniami menstruacji oraz zmniejszeniem gęstości kości możemy wyróżnić 2 grupy zmian: fizjologiczne i psychologiczno-behawioralne. Do pierwszej zaliczyć można: znaczną utratę masy ciała, odwodnienie, nadmierne zmęczenie, problemy żołądkowo-jelitowe, hipotermię, bradykardię, zwiększoną podatność na urazy, złamania, słabość mięśni, obniżenie wydolności, niski poziom hemoglobiny, hematokrytu, lipoprotein czy estrogenu. W drugiej grupie znajdują się: niepokój, unikanie jedzenia, sprzeciw wobec zaleceń przybrania na wadze i zmiany planu treningowego, wykonywanie dodatkowych ćwiczeń poza zadanymi, poran-

ne rozruchy, depresja, bezsenność i wycofanie społeczne. Zwrócić uwagę na problem powinny również nietypowe zachowania w stosunku do pomiaru masy ciała, takie jak: zbyt częste ważenie, odmowa przeprowadzania pomiarów, lęki wobec nich czy negatywne reakcje na wyniki.¹⁴ Dodatkowo w przypadku wystąpienia bulimii zauważa się uszkodzenia zębów i dziąseł spowodowane wymiotami, częste korzystanie z toalety tuż po posiłkach, stosowanie środków przeczyszczających i moczopędnych, jak również substancji niedozwolonych.

Profilaktyka i postępowanie przy zaburzeniach odżywiania

Głównym sposobem przeciwdziałania skutkom zaburzeń odżywiania jest edukacja żywieniowa, standaryzacja wzorców żywieniowych, normalizacja masy ciała oraz utrzymanie nowych, zdrowych nawyków. Te cele osiąga się poprzez terapię indywidualną, grupową, a także rodzinną czy środowiskową. Istotne jest, aby w procesie leczenia poza samym sportowcem uczestniczył również trener, rodzic i wykwalifikowany sztab szkoleniowy (psycholog, dietetyk, lekarz). Jeżeli tylko zawodnik wyraża pełną chęć wyleczenia, a wysiłek fizyczny nie zagraża jego zdrowiu, to nie powinno wykluczać się go z zawodów. Pragnienie poprawy wyników i element rywalizacji może wtedy polepszać efektywność terapii.¹⁴ Wskazane są również działania prewencyjne, obejmujące: edukację żywieniową, wyznaczenie realistycznych, prozdrowotnych celów w kwestii masy ciała, ustalenie zbilansowanej, zdrowej diety, monitorowanie składu masy ciała w warunkach bezstresowych, uniemożliwiających komentowanie wyniku przez inne osoby, redukcję masy ciała przeprowadzaną przez dietetyka, wsparcie i czujność trenera wobec niepokojących objawów.

Biegi narciarskie

Elitarne zawody narciarskie są rozgrywane na dystansie 5–90 km. Podczas igrzysk olimpijskich i mistrzostw świata kobiety konkurują w sprincie i na dystansie 5–30 km. Sport ten wymaga więc wszechstronnego przygotowania pod kątem wydolności, szybkości, ale i mocy. Biegi narciarskie angażują ogromną liczbę jednostek motorycznych jednocześnie, co skutkuje koniecznością wysokiej podaży kalorii (ok. 700 kcal/h, a w dniu treningowym ok. 6000 kcal/h).¹⁵ Parametrem informującym o poziomie wydolności jest m.in. maksymalny pobór tlenu (VO_{2max}), liczony w mL/min/kg. Elitę narciarzy charakteryzuje bardzo wysoki maksymalny pobór tlenu i przewaga udziału mięśni szkieletowych wolnokurczliwych w ciele.¹⁵ Korelacja pomiędzy masą ciała a wydolnością organizmu jest przyczyną zaburzeń odżywiania w grupie biegaczek narciarskich. W swoich badaniach Stoggl

et al.¹⁶ oraz Larsson i Henriksson-Larsén¹⁷ wskazują na istotną rolę beztłuszczowej masy ciała w zwiększeniu możliwości wysiłkowych na 10 km u młodych zawodników. Osoby badane należały do światowej czołówki. Papadopoulou podaje, że biegaczki narciarskie mają około 14,2% ±1,9% tkanki tłuszczowej i spożywają 1988 kcal ±319 kcal podczas dni szkoleniowych i 2011 kcal ±330 kcal w dniach zawodów. Podaż ta nie zabezpiecza wydatku energetycznego podczas dnia i może być powodem zaburzeń odżywiania w reprezentacji zarówno biegaczek, jak i biegaczy narciarskich.¹⁸ W porównaniu z norweskimi wioślarzami, u greckich narciarzy biegowych wykazano niższe BMI. Średnia zawartość procentowa tłuszczu była w optymalnym zakresie, podobnym do opisanego dla innych sportowców wytrzymałościowych, w tym włoskiej elity narciarzy.¹⁹ U Greków wykazano niższą średnią zawartość tkanki tłuszczowej niż u sportowców wytrzymałościowych. Zawodnicy, którzy mają niższą zawartość tłuszczu w organizmie, to elita biegaczy długodystansowych i wioślarzy.¹⁸

Według innych badań problem zaburzeń odżywiania dotyczy 19,4% zawodniczek biegów, 23% nieregularne miesięczkuje, a u 29,1% wykazano niedostateczne spożycie wapnia.²⁰ Brakuje konkretnych danych dotyczących biegaczek narciarskich na świecie. Niektóre badania, takie jak np. przeprowadzone przez Hagmara et al. nad reprezentacją Szwecji podczas Igrzysk Olimpijskich w 2002 r. (zimowych) i 2004 r. (letnich), mówią o rosnącym problemie. Uczestniczyło w nich 223 sportowców: 125 mężczyzn i 98 kobiet.²¹ Aż 9,4% badanych zgłaszało wcześniej zaburzenia odżywiania. Brak doniesień naukowych w tej kwestii wcale nie oznacza, że problem nie występuje. Publicznie przyznały się do tego Kristin Størmer Steira, Sofia Henriksson czy Eva Vrabcová-Nývltová. Międzynarodowa Federacja Narciarska (Fédération Internationale de Ski – FIS) w 2006 r. odniosła się do problemu zaburzeń odżywiania w świecie biegów narciarskich w raporcie na temat roli właściwego odżywiania dla wydajności i ochrony zdrowia biegaczek narciarskich.²² Przedstawiono w nim najważniejsze informacje o strategiach żywieniowych, znaczeniu odżywiania w sporcie, informacje o składnikach odżywczych, występowaniu triady sportswomenek oraz jej przeciwdziałaniu w tak trudnej dyscyplinie sportu, jaką są biegi narciarskie. Konkurencje przeprowadzane podczas startów wymagają od zawodniczek nie tylko siły i wytrzymałości, ale i szybkości, co wymaga wszechstronności i łączenia skrajnych zdolności wysiłkowych. Zawody rozgrywane są bowiem na różnych dystansach, od sprintów do 1500 m do biegów długich na 90 km i 120 km. Według autorów zawodniczki, które stosują restrykcyjną dietę i charakteryzują się niską masą ciała, mają większe możliwości wydolnościowe. Potwierdza to zatem wcześniejsze doniesienia. Jeżeli jednak ujemny bilans energetyczny utrzymuje się przez długi czas, może doprowadzić do zaburzeń homeostazy

i zjawisk patologicznych, takich jak anoreksja czy bulimia. Na zwiększone zużycie kalorii mają również wpływ czynniki zewnętrzne, np. temperatura czy wilgotność powietrza. Długotrwały wysiłek narciarzy, często w warunkach hipoksji, powoduje zwiększoną transpirację, szybsze zużycie glikogenu i szybsze wyczerpanie rezerw i możliwości wysiłkowych. Stąd też stosowanie restrykcyjnych diet w tym sporcie powoduje przemęczenie, przetrenowanie, zaburzenie regeneracji oraz niską jakość wykonywanego treningu. W perspektywie czasu oznacza to dla zawodniczki znaczące obniżenie formy.

Odpowiednia podaż węglowodanów wpływa również na zdolność odpowiedzi immunologicznej organizmu.²³ Zalecana ilość węglowodanów podczas 3-godzinnego wysiłku nie powinna być niższa niż 60 g/h.²⁴ Istotne jest też wyrównanie strat po wysiłku. W biegach narciarskich proporcje składników odżywczych powinny opierać się na dostarczeniu w diecie 60% węglowodanów, 12–15% białka i ok. 20–25% tłuszczu.²²

Podsumowanie

W większości artykułów o zaburzeniach odżywiania w sporcie biegi narciarskie są wymieniane jako konkurencja, w której ten problem występuje bardzo często. Wynika to w dużej mierze z charakteru wysiłku i możliwości, jakie daje niska masa ciała i minimalna ilość tkanki tłuszczowej. Restrykcje żywieniowe i redukcja masy ciała bywa jednak zgubna. Niezbilansowana i niezrównoważona dieta może być przyczyną odwodnienia, zmniejszenia ilości beztłuszczowej masy ciała, zwiększenia udziału tłuszczu w organizmie oraz jednocześnie pogorszenia możliwości wysiłkowych. Zaburzenia w odżywianiu mogą prowadzić do anemii, odwapnienia kości, a także takich chorób, jak anoreksja i bulimia. W przypadku kobiet może nastąpić również zanik menstruacji. W większości doniesień, w tym badaniach greckich naukowców nad biegaczami narciarskimi, zwraca się uwagę na potrzebę edukacji w kwestii żywienia i prewencji zaburzeń odżywiania. Rozpoznanie tego problemu może opierać się na obserwacji typowych objawów, takich jak znaczący spadek masy ciała, zaburzenia menstruacyjne czy odwapnienie kości. Występowanie tych 3 elementów określono w literaturze jako triadę sportswomenek. Odpowiednio wczesne rozpoznanie i pomoc ze strony specjalistów (dietetyka, lekarza, psychologa, trenera) może zapewnić zawodniczkę powrót do zdrowia i zapobiec depresji, bulimii, anoreksji, anemii, zaburzeniom hormonalnym i innym. Leczenie klinicznych zaburzeń odżywiania obejmuje zwykle psychoterapię indywidualną, poznawczą terapię grupową i poradnictwo odżywiania. Edukacja żywieniowa jest polecana jako element prewencji i leczenia. Świadomość sportowców o wpływie odżywiania na poziom sportowy silnie oddziałuje na podejmowane przez nich decyzje.

Piśmiennictwo

1. Otis CL, Drinkwater B, Johnson M, Loucks A, Wilmore J. American College of Sports Medicine position stand: The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc.* 1997;29(5):1–9.
2. Nattiv A, Agostini R, Drinkwater B, Yeager KK. The female athlete triad: The inter-relatedness of disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Clin Sports Med.* 1994;13(2):405–418.
3. Bergh U, Forsberg A. Influence of body mass on cross-country ski racing performance. *Med Sci Sports Exerc.* 1992;24(9):1033–1039.
4. Melin A, Tornberg AB, Skouby S, et al. The LEAF questionnaire: A screening tool for the identification of female athletes at risk for the female athlete triad. *Br J Sports Med.* 2014;48(7):540–545.
5. Márquez S, Molinero O. Energy availability, menstrual dysfunction and bone health in sports: An overview of the female athlete triad. *Nutr Hosp.* 2013;28(4):1010–1017.
6. Macleod AD. Sport psychiatry. *Austr NZJ Psychiatry.* 1998;32(6):860–866.
7. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. The Female Athlete Triad: The role of nutrition. *Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie».* 2003;51(1):47–52.
8. Raczyńska B. Zaburzenia żywieniowe u zawodniczek. *Sport wyczytany.* 2001;5–6:437–438.
9. Zawila G, Steib M, Hoogenboom B. The female collegiate cross-country runner: Nutritional knowledge and attitudes. *J Athl Train.* 2003;38(1):67–74.
10. Schubiger RC. *Eating disorders in athletes: The role of coach sensitivity, family influences and recreation activities* [praca magisterska]. Pullman: Washington State University; 1996.
11. Sundgot-Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc.* 1994;26(4):414–419.
12. Ronsen O, Sundgot-Borgen J, Maehlum S. Supplement use and nutritional habits in Norwegian elite athletes. *Scand J Med Sci Sports.* 1999;9(1):28–35.
13. Stocks B, Betts JA, McGawley K. Effects of carbohydrate dose and frequency on metabolism, gastrointestinal discomfort, and cross-country skiing performance. *Scand J Med Sci Sports.* 2015;26(9):1100–1108.
14. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med.* 2004;14(1):25–32.
15. Ekblom B, Bergh U. Cross-country skiing. W: Maughan RJ, red. *Nutrition in Sport.* Oxford: Blackwell Science; 2000.
16. Stoggl T, Enqvist J, Muller E, Holmberg HC. Relationships between body composition, body dimensions, and peak speed in cross-country sprint skiing. *J Sports Sci.* 2010;28(2):161–169.
17. Larsson P, Henriksson-Larsén K. Body composition and performance in cross-country skiing. *Int J Sports Med.* 2008;29(12):971–975.
18. Papadopoulou K, Gouvianaki A, Grammatikopoulou M, Maraki Z, Pagkalos I. Body composition and dietary intake of elite cross-country skiers members of the Greek national team. *Asian J Sports Med.* 2012;3(4):257–266.
19. Wilmore JH. Body composition in sport and exercise: Directions for future research. *Med Sci Sports Exerc.* 1983;15(1):21–31.
20. Thompson SH. Characteristics of the female athlete triad in collegiate cross-country runners. *J Am Coll Health.* 2007;56(2):129–136.
21. Hagmar M, Hirschberg AL, Berglund L, Berglund B. Special attention to the weight-control strategies employed by Olympic athletes striving for leanness is required. *Clin J Sport Med.* 2008;18(1):5–9.
22. Meyer NL, Parker-Simmons S, Erbacher JM. The Role of Adequate Nutrition For Performance and Health For Female Cross-Country Skiers 20016/07. FIS. <https://www.loppet.org/files/lnr/pdfs/2014/nutrition-for-female-cross-country-skiers-0607.pdf>. Dostęp 15.03.2017.
23. Thomas DT, Erdman KA, Burke LM. American College of Sports Medicine joint position statement: nutrition and athletic performance. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(3):543–568.
24. Jeukendrup A. A step towards personalized sports nutrition: Carbohydrate intake during exercise. *Sports Med.* 2014;44(Supl 1):25–33.

Pielęgniarstwo
i Zdrowie Publiczne
Nursing and Public Health

