

WYBRANE CHOROBY CYWILIZACYJNE XXI WIEKU

Praca zbiorowa pod redakcją:
Krystyny Kowalczuk, Elżbiety Krajewskiej-Kułak,
Mateusza Cybulskiego

Tom II



WYBRANE CHOROBY CYWILIZACYJNE
XXI WIEKU

Tom II

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

WYBRANE CHOROBY CYWILIZACYJNE XXI WIEKU

Tom II

Praca zbiorowa pod redakcją
dr n. med. Krystyny Kowalczuk
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
dr n. o zdr. Mateusza Cybulskiego

Białystok 2016

Recenzenci monografii

dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński

Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. med. Beata Penar-Zadarko

Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski

ISBN Komplet - 978-83-944852-1-4

Tom II - 978-83-945984-6-4

Wydanie I

Białystok 2016

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Grafika - designed by Onlyyouqj - Freepik.com

Druk:

„Duchno” Piotr Duchnowski, 15-548 Białystok, Zaścianańska 6

*Wszystko na świecie ma swój cel, dla każdej choroby istnieje ziele,
które je leczy i każdy człowiek ma misję do spełnienia.*

To jest indiańska teoria życia

Christine Quintasket

Choroby cywilizacyjne są jednym z największych problemów zdrowotnych państw wysokorozwiniętych, jak i krajów szybko rozwijających się, w tym także Polski. Ich prawdziwym dramatem jest zamknięte koło, jakie tworzą wspólne przyczyny i wzajemnie napędzające się powikłania – zachorowanie na jedną chorobę zwiększa podatność zachorowania na kolejną.

Z dotychczas przeprowadzonych badań naukowych wynika, że predyspozycje genetyczne w niewielkim stopniu mogą wpływać na rozwój danej choroby. Dużo większe znaczenie ma styl życia. Zachowania zdrowotne, determinujące styl życia możemy podzielić na bezpośrednie, takie jak niska aktywność fizyczna, palenie papierosów, spożywanie dużych ilości alkoholu, dieta bogata w tłuszcze wysokoprzetworzone i cukry oraz na pośrednie – ciągle rosnące napięcie nerwowe i sytuacje stresowe.

Do niedawna uważano, że choroby cywilizacyjne dotyczą tylko osób dorosłych i tych w podeszłym wieku. Niestety, coraz częściej rozpoznawane są u dzieci i młodzieży. Szybkie tempo życia prowadzi do sytuacji, w których brakuje czasu na działania profilaktyczne, w tym na zmianę nawyków żywieniowych i regularne badania. Widoczna jest także rosnąca tendencja samoleczenia, oparta na suplementach diety zakupionych pod wpływem reklam. Takie działania nie tylko nie są skuteczne, ale wręcz mogą być szkodliwe dla organizmu człowieka, dlatego też tak ważne jest stosowanie się do zaleceń medycyny opartej na faktach.

Monografia ma na celu przybliżenie aktualnych zagrożeń wynikających z rozwoju współczesnych chorób cywilizacyjnych, a także wskazanie czynników ryzyka, przybliżenie zasad profilaktyki oraz postaw społecznych wobec wybranych chorób. W monografii przedstawiono teoretyczne podstawy wybranych chorób cywilizacyjnych, wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów dotkniętych niektórymi chorobami, np. depresją czy zaburzeniami sercowo-naczyniowymi.

Mamy nadzieję, że monografia stanie się interesującą i wartościową pozycją godną polecenia przedstawiicielom wielu profesji zajmujących się powyższą tematyką, a w szczególności studentom kierunków medycznych.

dr n. med. Krystyna Kowalczyk

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

dr n. o zdr. Mateusz Cybulski

WYKAZ AUTORÓW

mgr Ewelina Chilińska -Kopko

Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

dr n. o zdr. Mateusz Cybulski

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lic. Julita Czajkowska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Zdrowie Publiczne

mgr Małgorzata Doroszkiewicz

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Fizjoterapia

dr n. o zdr. Zofia Dzięcioł-Anikiej

Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lic. Małgorzata Gamaradzka

Studentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

dr n. hum. Agnieszka Ilendo-Milewska

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

dr n. med. Barbara Jankowiak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. o zdr. Anna Kalinowska

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr Katarzyna Kaniewska

Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

mgr Szymon Kopko

Klinika Rehabilitacji Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – studia doktoranckie

dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Paulina Krahel

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii z Pododdziałami Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Barbara Lelonek

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

lic. Katarzyna Lewczuk

Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunek Pielęgniarstwo; Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. med. Katarzyna Łagoda

Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. hum. Anita Majchrowska

Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

lic. Magdalena Nurkowska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,
kierunek Pielęgniarstwo

mgr Ewelina Nowak

Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urologii w SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i
Administracji w Białymstoku

dr hab. n. med. Bożena Okurowska-Zawada

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z Ośrodkiem
Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę

dr n. farm. Wioleta J. Omeljaniuk

Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr Monika Puciłowska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Pielęgniarstwo

dr n. med. Matylda Sierakowska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr Monika Stanisławska

Szpital Wojewódzki w Łomży

mgr Anna Truszkowska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Fizjoterapia

mgr Natalia Agnieszka Walkowiak

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Fizjoterapia

dr n. med. Grażyna Wiraszka

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

lic. Krystyna Zakrzewska

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

mgr Małgorzata Zinzuk

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Kierunek
Pielęgniarstwo

SPIS TREŚCI

Depresja – współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji	16
<i>Barbara Lelonek, Grażyna Wiraszka</i>	
Problem depresji w środowisku młodzieży gimnazjalnej	32
<i>Monika Puciłowska</i>	
Choroby o podłożu psychicznym – depresja. Postawy młodzieży wobec chorób psychicznych, na przykładzie badań uczniów gimnazjum	57
<i>Agnieszka Hendo-Milewska, Krystyna Zakrzewska</i>	
Ocena postaw młodzieży i osób dorosłych wobec osób chorych psychicznie	89
<i>Małgorzata Zinzuk, Barbara Jankowiak</i>	
Zaburzenia odżywiania – od anoreksji do bulimii	109
<i>Krystyna Klimaszewska, Monika Stanisławska</i>	
Wpływ środowiska i mediów na nawyki żywieniowe uczennic szkół ponadgimnazjalnych	128
<i>Krystyna Klimaszewska, Monika Stanisławska</i>	
Opieka pielęgniarska wobec chorej na bulimię – studium przypadku	150
<i>Magdalena Nurkowska, Beata Kowalewska, Elżbieta Krajewska-Kułak</i>	
Zespół uzależnienia od alkoholu z perspektywy socjomedycznej	165
<i>Anita Majchrowska</i>	
Patologiczne korzystanie z Internetu przez studentów trzech białostockich uczelni	185
<i>Katarzyna Lewczuk, Katarzyna Łagoda</i>	
Bodziec stresowy jako istotny czynnik wywołujący dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.	204
<i>Katarzyna Kaniewska, Zofia Dziecioł-Anikiej, Małgorzata Gamaradzka, Szymon Kopko, Ewelina Chilińska-Kopko</i>	
Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa	236
<i>Natalia Agnieszka Walkowiak</i>	
Skuteczność metody Wojty u dzieci przedwcześnie urodzonych w opinii rodziców	252
<i>Anna Truszkowska, Mateusz Cybulski, Anna Kalinowska, Elżbieta Krajewska-Kułak</i>	
Ocena zachowań zdrowotnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz deficytu wiedzy i zapotrzebowania na edukację zdrowotną z zakresu profilaktyki osteoporozy.	270
<i>Ewelina Nowak, Matylda Sierakowska, Elżbieta Krajewska-Kułak</i>	
Zachowania zdrowotne i aktywność fizyczna osób bezrobotnych	288

Małgorzata Doroszkiewicz, Elżbieta Krajewska-Kułak, Bożena Okurowska-Zawada

Opieka nad pacjentem z infekcją wywołaną przez *Clostridium difficile* – studium przypadku 309

Paulina Krahel, Katarzyna Łagoda

Czynniki ryzyka oraz profilaktyka łysienia plackowatego 323

Julita Czajkowska, Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kułak

Poronienie samoistne – jako problem populacyjny w Polsce 338

Wioleta J. Omeljaniuk

Depresja – współczesny problem zdrowia psychicznego i zagrożenie cywilizacji

Barbara Lelonek¹, Grażyna Wiraszka¹

¹ – Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Wprowadzenie

Zaburzenia depresyjne występujące w społeczeństwie XXI wieku są realnym zagrożeniem nie tylko dla indywidualnych jednostek, ale przede wszystkim stanowią zagrożenie dla ogółu populacji. Według WHO depresja zajmuje IV. miejsce w klasyfikacji problemów zdrowotnych na świecie. Dotyka około 10% społeczeństwa, występując niezależnie od wieku, płci, wykształcenia czy pozycji społecznej [1]

W znaczeniu medycznym depresję traktuje się jako poważną chorobę, wymagającą leczenia, której istotą jest wyraźne obniżenie nastroju i aktywności przez długi czas. Całokształt choroby może być i najczęściej jest komplikowany przez całą gamę współistniejących schorzeń somatycznych. Dolegliwości odczuwalne z innych narządów mogą istotnie maskować zaburzenia nastroju. Najczęściej mówią o tej chorobie sami pacjenci, że jest ona „cierpieniem duszy i ciała”[2]. Zaburzenia depresyjne widnieją w międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, i w tym kontekście można je nazwać chorobą psychiczną, dotyczą bowiem naszej psychiki. Pomimo usilnych prób określenia istoty depresji wciąż jest ona sprawą kontrowersyjną, nie ma jednoznacznych wytycznych, które objawy na nią wskazujące mają centralne znaczenie, a które są wtórne i towarzyszące. W tym kontekście tego rodzaju rozważania pozostają wciąż problematyczne. Trudności w ustaleniu istoty choroby depresyjnej nastroczą również jej bezpośrednie przyczyny, które tak naprawdę pozostają do końca niewyjaśnione [3].

Celem pracy było ukazanie istoty i złożoności zaburzeń depresyjnych na tle danych epidemiologicznych i klinicznych w oparciu o metodę analizy piśmiennictwa naukowego z zakresu problematyki depresji.

Material i metody badań

Analizie opisowej poddano informacje na temat genezy zaburzeń depresyjnych, zachorowalności, definicji i różnych koncepcji powstawania depresji oraz jej objawów. Zaprezentowano w sposób syntetyczny poglądy specjalistów oraz wyniki wybranych badań naukowych zawarte w czasopismach naukowych i pracach naukowych wydanych w formie zwartej.

Definicje depresji

Zaburzenia nastroju towarzyszą nierozłącznie człowiekowi od zarania dziejów; przyjemności i sukcesy wprowadzają w dobry nastrój, wydarzenia przykre i straty wywołują smutek, lęk i rozpacz. Opisy depresji można znaleźć w Starym Testamencie – klasyczne objawy depresji zdradzał król Saul, opętany przez „złego ducha” i popełniający samobójstwo. Przykład człowieka dotkniętego rozpaczą i depresją zawiera również opis wyznań Joba [4].

Autorem najstarszego opisu medycznego depresji jest Hipokrates – „ojciec medycyny” żyjący w starożytnej Grecji w IV wieku p.n.e. Opisał on kilka form temperamentu – w tym temperament melancholiczny. Wprowadził podstawowe pojęcia z zakresu psychopatologii – melancholia, dystymia (złe samopoczucie) i lęk [5].

Grecki lekarz Galen połączył teorię płynów ustrojowych z koncepcją czterech temperamentów. Według Galena, mają one stałe powiązanie i temperament zależy od przewagi oddziaływania jednego z płynów. I tak temperament sangwinistyczny powiązany jest z krwią, choleryczny – z żółcią, flegmatyczny – z flegmą a melancholiczny (depresyjny) – z czarną żółcią.

Słynny lekarz średniowieczny, Paracelsus (1493-1531) opisywał objawy wynikające z obniżenia „*spiritus vitae*” określając takich chorych „niewolnikami smutku”.

Lekarz angielski Burton (1577-1640) wydał pierwszą książkę zawierającą dokładny opis depresji („Anatomia melancholii”) i zwrócił uwagę na osobowość przedchorobową, skłonność do smutku i kontemplacji [6].

Termin „depresja” spopularyzował Meyer w początku wieku XX, a nazwę choroby afektywna, stosowaną obecnie – w roku 1966 szwajcarski psychiatra – Angst [6].

Depresja zaliczana jest do najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących w przebiegu chorób afektywnych. Terminu depresja używa się do określenia obniżonego (depresyjnego) nastroju, którego istotą jest przygnębienie, niezdolność odczuwania radości, utrata zainteresowań [7].

Chorobę depresyjną w znaczeniu ogólnym definiuje się jako stan usposobienia charakteryzujący się poczuciem nieodpowiedzialności, uczuciem przygnębienia, obniżeniem aktywności, smutkiem i podobnymi objawami. Każde z zaburzeń nastroju, w których powyższe objawy przybierają charakter skrajny ulegają znacznemu nasileniu świadczą o zaistnieniu depresji, stanowiącej zespół cech mających wiele odmian [8].

Depresji w sensie choroby nie definiuje się jako obniżenie nastroju, lecz jako holistyczną dysfunkcję całego organizmu – zarówno nastroju, uczuć, myślenia jak i kondycji fizycznej. Jest odpowiedzialna za powstanie fałszywego wizerunku samego siebie i bezradności prowadzącej do rozwoju swoistego „pancerza” – nie dopuszczającego w ostateczności do siebie już żadnej zewnętrznej pomocy [9]. W znaczeniu medycznym zatem termin depresja rozumiany jest jako zespół doświadczeń, obejmujący nie tylko nastrój, ale także doświadczenia fizyczne, psychiczne i behawioralne, które określają bardziej długotrwały, szkodliwy i poważny stan, który może być klinicznie rozpoznany jako zespół depresyjny [8].

Obecnie termin „depresja” używany jest w codziennym języku do nazwania wielu doświadczeń, poczynając od ledwie zauważalnego i przejściowego obniżenia nastroju aż do zaburzeń niezwykle głębokich, a nawet zagrażających życiu. Stosowany do opisu nastroju, termin ten oznacza przejściowy stan dysforii, który może trwać kilka chwil, godzin, a nawet kilka dni. W tym znaczeniu słowa „depresja” używa się często do nazwania normalnej reakcji na trudne wydarzenia, a nawet do ubarwienia opisem zwykłych wydarzeń [8].

Epidemiologia

Choroba afektywna jednobiegunowa (czyli zaburzenia depresyjne nawracające lub pojedynczy epizod dużej depresji) w ciągu całego życia dotyka około 5-17% populacji [9, 10]. Według danych WHO, depresja dotyka około 350 mln ludzi na całym świecie. Przewiduje się, że do 2020 roku będzie najpowszechniej występującym zaburzeniem psychicznym [11]. Szacuje się że 0,9-17,1 osób na 100 może przeżyć epizod ciężkiej depresji w ciągu całego życia [12].

Zachorowanie może mieć miejsce w każdym przedziale wiekowym, a szczyt jego występowania szacuje się najczęściej pomiędzy 30. a 40. oraz 50. a 60. rokiem życia [13]. Częstotliwość zachorowań na depresję w dużej mierze uzależniona jest od kryteriów zastosowanych w diagnostyce tej choroby i od grupy ludności wybranej do badania. Zmiany w metodach wykrywalności choroby spowodowały, że w ostatnich dziesięcioleciach zarejestrowano o wiele większą liczbę jej przypadków w całej populacji niż było to wcześniej do przewidzenia [14]. Wśród chorych na depresję blisko 2/3 stanowią kobiety. Uzasadnia się to brakiem powszechnie panującego wyobrażenia o kobietach, które częściej niż mężczyźni, ze względu na sposób postrzegania ich płci i form zachowań w kulturze, skrywają i negują emocje, kierując je do wewnątrz. Istotną rolę odgrywają w tym przypadku również wahania hormonalne i związane z nim większe narażenie na stres [13].

Zaburzenia depresyjne, jak pokazują statystyki, mogą występować rodzinnie, nawet kilkanaście razy częściej u osób spokrewnionych niż ma to miejsce w populacji ogólnej. Szacuje się, że dla krewnych pierwszego stopnia ryzyko zachorowania wynosi 10-13%.

Rozpatrując kwestię przebiegu choroby depresyjnej, literatura podaje, że nieleczona depresja o umiarkowanym nasileniu trwa około 10 miesięcy, z czego u 75% przypadków pojawia się druga faza depresji, nasilająca się po 6. miesiącach od pierwszego epizodu. Badania wykazały, że średnio u 50% chorych następuje powrót do zdrowia, u około 30% wyraźna poprawa stanu, natomiast u około 20% osób depresyjnych choroba ma charakter przewlekły [14, 15]. W okresie ostatnich 30 lat zauważa się tendencję do wzrostu liczby zachorowań na depresję. Jako przyczynę tego zjawiska wskazuje się panujący styl życia w obecnym świecie, alienację społeczną i związany z tym stres [16].

Teorie powstawania zaburzeń depresyjnych

W literaturze przedmiotu spotyka się wiele teorii dotyczących przyczyn depresji, ale do najbardziej rozpowszechnionych zalicza się te o podłożu biologicznym i społecznym. Współczesne podejście do tematyki depresji skłania do podkreślenia w takim samym stopniu podłoża neuroanatomicznego tej choroby, jak również psychologiczno-społecznego [17]. Atkinson podkreśla, że powody zaistnienia depresji w przebiegu życia danego człowieka są złożone i trudne do rozwikłania, gdyż najczęściej są splotem przeszłości i terażniejszości z dodatkiem najróżniejszych stresów z całego życia [18].

Wielu badaczy jest zdania, by istotę tego zaburzenia traktować jak każdą inną chorobę odkrywając jej uwarunkowania fizjologiczne. Biologiczna teoria podkreśla znaczącą rolę w występowaniu zaburzeń depresyjnych predyspozycji genetycznych, zmian na poziomie neuroprzekaźników i systemów hormonalnych oraz umiejscowienie zmian w konkretnych obszarach mózgu [19].

Do najstarszych koncepcji wyjaśniających zaburzenia afektywne należą te, które tłumaczą ją dysregulacją hormonalną. Niedobory tyroksyny, testosteronu u mężczyzn i obniżenie poziomu estrogenu u kobiet (okres przedmiesiączkowy, poporodowy, menopauzy) powodują objawy depresji jednobiegunowej. Duży wpływ na wyjaśnienie mechanizmów powstawania zaburzeń nastroju miały również badania nad neurotoksycznym wydzielaniem kortyzolu w sytuacjach pobudzenia – w wyniku działania stresu – osi przysadka – nadnercze i zniekształconym rytmem sekrecji kortyzolu. Zaburzenie to określa się jako hiperkortyzolomię, spowodowaną nadmiernym wydzielaniem CRH (hormon uwalniający kortykotropinę) powodująca przewlekłą stymulację nadnerczy, a w efekcie mającą znaczący wpływ na patogenezę depresji [20].

Istnieją przekonujące dowody na fakt, iż występowanie zaburzeń afektywnych ma ścisły związek z nieprawidłowym neuroprzekaźnictwem w neuronach noradrenergicznych, serotoniny, jak i dopaminoenergetycznych, GABA-ergicznych czy cholinergicznych, na co w efekcie bezpośredni wpływ mają zaburzenia czynności układu limbicznego [21].

W biologicznym ujęciu przyczyn depresji najistotniejsze jest prawidłowe funkcjonowanie neuroprzekaźników odpowiedzialnych za funkcjonowanie układu limbicznego i podwzgórza. Działanie tych związków chemicznych może zostać zaburzone czynnikami tj.[21]:

- niepożądane działania leków (leki stosowane w chorobie nadciśnieniowej, Parkinsona, przeciwłękowe i antykoncepcyjne),
- uzależnienie od narkotyków lub alkoholu,
- choroby somatyczne (choroba Addisona, AIDS, anemia, grypa, guzy złośliwe, astma, cukrzyca, choroby tarczycy, zapalenie wątroby, zapalenie jelit),
- zmiany hormonalne (klimakterium, poporodowe, wahania nastroju, zespół napięcia przedmiesiączkowego),
- stres.

Istotną rolę w odkrywaniu przyczyn depresji stanowią również uwarunkowaniagenetyczne. Czynników genetycznych jest jednak tak wiele, że trudno jednoznacznie określić siłę ich oddziaływania. Nie jest przesądzone zachorowanie na depresję, gdy choruje na nią ktoś z najbliższej rodziny, zwiększa to jedynie ryzyko zachorowania. Badania u bliźniąt jednojajowych pokazały natomiast że, gdzie gdy u jednego z nich wystąpi depresja, ryzyko zapadnięcia na nią u drugiego jest wysokie [16].

Wyjaśnieniem przyczyn depresji zajmują się również teorie psychologiczne:psychoanalityczna, poznawczo-behawioralna i humanistyczna.

Pionierem psychoanalitycznych koncepcji genezy depresji był Abraham. Twierdził on, że osoby depresyjne należą do grupy osób obsesyjnych, u których można dopatrzeć się cech masochistycznych oraz charakteru analnego. Autor wskazywał na istotną rolę narcyzmu dziecięcego, jak również na problem źle przepracowanego kompleksu Edypa. Abraham sugerował, że podczas rozwoju osobowości osób z depresją zachodzi fiksacja libido na poziomie oralnym lub analnym, w związku z czym następuje regresja do kanibalistycznego etapu rozwoju [22].

Poglądy Freuda są w ogólnym zarysie zgodne z tezami Abrahama, przy czym Freud akcentuje szczególne znaczenie utraty obiektu miłości i rolę superego. Głębokie przygnębienie, utrata zainteresowania światem i zahamowanie aktywności jako reakcja na utratę (stratę) kochanej osoby, cenionych wartości (wolności, ideałów) to odczucia wspólne dla żałoby i melancholii. W melancholii dochodzi jednak do wyraźnego obniżenia poczucia własnej wartości, czego nie ma w naturalnej żałobie po stracie. Rozczarowanie i złość zamiast na obiekt skierowane są na własną osobę – dochodzi do niszczenia ego na wielką skalę i do samoponizania, które nie ma realnego uzasadnienia [23].

Naukowcy wywodzący się z nurtu psychoanalitycznego uważają, że kluczową rolę w powstawaniu depresji odgrywają niezaspokojone potrzeby emocjonalne z okresu dzieciństwa. Freud twierdził, że w depresji występuje konflikt pomiędzy ego i zbyt surowymi wymaganiami „ja” idealnego. Konflikt jest źródłem ciągłego poczucia winy, niskiej samooceny, masochistycznego samooskarżania się. Harmonia ego i superego przyczynić może się do pojawienia zbyt dobrego samopoczucia, tzw. „nastroju triumfu i szczęścia”. Freud nie wykluczał, że u jednej osoby przez pewien czas mogą się pojawiać obie konstelacje ego i superego. Wyjaśnia to występowanie u jednego osobnika faz depresyjnych i maniakalnych. Kładł także duży nacisk na znaczenie aktualnych przeżyć i konfliktów [6].

Kolejną grupę teorii psychologicznych stanowią koncepcje poznawczo-behawioralne, spośród których największy rozgłos zdobyły trzy hipotezy: Becka, a Lewinsohna oraz Seligmana [6].

Koncepcja Becka zakłada, że przyczyną depresji są: dysfunkcjonalne przekonania (tzw. triada depresyjna), błędy myślenia oraz negatywne schematy „Ja”. Triadę depresyjną tworzą negatywne przekonania na temat własnej osoby, świata i przyszłości, które powstają na skutek traumatycznych doświadczeń i oddziaływań otoczenia. Dysfunkcjonalne przekonania są utrzymywane przez błędy w myśleniu. Negatywny schemat Ja powstaje natomiast w toku socjalizacji, w wyniku odrzucenia, zaniedbywania, krytycznych ocen – jest uproszczonym schematem Ja, który powoduje przyjmowanie tylko informacji zgodnych z nim; schemat ten aktywuje się szczególnie łatwo w sytuacjach trudnych [24].

Inną rozpowszechnioną koncepcją depresji jest teoria wyuczonej bezradności Seligmana. Zdaniem autora, osoby, u których występują stany depresyjne, cechuje „bezradność” przy wyborze najwłaściwszych odpowiedzi i niezdolność do unikania sytuacji i odpowiedzi, które pociągają za sobą karę. Na skutek negatywnych doświadczeń w przeszłości osoby takie są przekonane, że kara i nagroda są niezależne od dokonywanego przez nich wyboru. „Pierwotny defekt” polega tu na niezdolności do uczenia się następstw swoich zachowań i zachowań innych, co leży u podłoża niezdolności tych osób do unikania sytuacji depresyjnych [6]. Ten wątek poznawczych modeli zaburzeń nastroju wiąże się z koncepcjami zaburzeń samoregulacyjnych w depresji. Pyszczyński i Greeberg zakładają, że na skutek utraty obiektu ważnego dla poczucia tożsamości i samooceny, dochodzi do silnej autokoncentracji. Gdy nie ma możliwości odzyskania lub zastąpienia utraconej wartości, rozpoczyna się persewercja w cyklu samoregulacji. Efektem tego jest stałe rozmyślanie i przeżywanie negatywnych emocji, samoobwinianie i wzrost pesymistycznego stylu atrybucji [24]. Zdaniem Huflejt-Lukasik obok tendencji do autokoncentracji, ważną rolę w powstawaniu i utrzymywaniu się depresji stanowią standardy „Ja” (standardy osobiste, „Ja” idealne), cechujące się – jak wykazały jej badania: licznymi wzajemnymi powiązaniem, wysoką subiektywną wagą i sztywną strukturą. Zdaniem tej autorki to formalne cechy standardów Ja są przyczyną zaburzeń samoregulacyjnych w depresji, a autokoncentracja jest kluczową zmienną pośredniczącą [25].

Koncepcje behawioralne zakładają związek depresji z niskim poziomem „wzmocnień”, które otrzymuje człowiek ze środowiska. Koncepcje te najlepiej charakteryzuje teza Lewinsohna, zakładająca, że człowiek jest depresyjny, ponieważ nie jest absorbowany „przyjemnymi

wydarzeniami”. Zdaniem autora, nasilenie depresji jest funkcją pozytywnych wzmocnień i może wynikać z kilku przyczyn: z niedostatecznej liczby wydarzeń, które mogą stanowić potencjalne wzmocnienia dla jednostki, z niedostatecznej liczby pozytywnych wzmocnień, które są dostępne w środowisku, w którym żyje jednostka lub z niezdolności jednostki do korzystania z dostępnych pozytywnych wzmocnień. Drugim założeniem koncepcji Lewinsohna jest hipoteza (potwierdzana przez badania eksperymentalne), że osoby chorujące na depresję wykazują nadwrażliwość na bodźce negatywne (przykre) zarówno psychiczne, jak również fizyczne. Tak więc przyczyny depresji mogą „tkwić” w jednostce (defekt w odbiorze wzmocnień) lub w otoczeniu, w którym żyje (niedobór „pozytywnych wzmocnień”, które dostarcza środowisko) [6].

Reakcją na deterministyczne psychoanalityczne i behawioralne idee w psychologii było podejście humanistyczne. O ile ludzkie życie według psychoanalityków było zdeterminowane przez nieświadome treści i konflikty, a według behawiorystów przez działające bodźce i wyuczone wcześniej reakcje to psychologowie humanistyczni skupiali się na osobie, jednostce, która posiada potrzeby, podejmuje decyzje i która może się rozwijać [26]. Do głównych prekursorów i przedstawicieli psychologii humanistycznej należeli Carl Rogers i Abraham Maslow. Carl Rogers przykładał szczególną uwagę do prywatnego świata jednostki, świata doznań, który nazywał polem fenomenologicznym. Ważną częścią tego pola fenomenologicznego było pojęcie „Ja” (*self-concept*), które rozwija się przez interakcje ze środowiskiem. Źródłem zdrowia psychicznego, jego zdaniem jest umiejętność włączania nowych doświadczeń do swojego pola fenomenologicznego [27]. Abraham Maslow szczególnie interesował się potrzebami i motywacją oraz osobowością ludzi samorealizujących się. Stworzył hierarchiczną teorię potrzeb, często przedstawianą w formie piramidy. U jej podstaw leżą potrzeby fizjologiczne, u szczytu — potrzeba transcendencji. Warunkiem zaspokajania potrzeb wyższego rzędu (wzrostu) było zaspokojenie potrzeb podstawowych (niedoboru). Zaspokojenie potrzeb wyższego rzędu, zwanych też przez Masłowa „metapotrebami”, wzbogaca osobowość, niezaspokojenie natomiast do „metachorób” (depresja, nerwice egzystencjalne), bądź do „metapatologii” (apatia, alienacja, cynizm) Tylko realizacja potrzeb wzrostu – samoaktualizacją, gwarantuje zdrowie psychiczne i fizyczne [27].

Rolaczników psychospołecznych uznawana jest od wielu lat za jedną z kluczowych w złożonej etiopatogenezie depresji. Istnieją dowody na to, że stresujące wydarzenia mogą być przyczyną albo czynnikiem wyzwalamym epizody depresyjne. W modelu podatności na stres

ustala się predyspozycje, które powodują u człowieka szczególną podatność na depresję w wyniku działania stresu [24]. Zgodnie z tym modelem wystąpienie objawów depresyjnych jest konsekwencją wpływu stresu oraz współdziałania czynników środowiskowych i genetycznych [28].

Liczne badania potwierdziły wpływ niekorzystnych wydarzeń życiowych na wystąpienie epizodu depresyjnego, jednak nadal nie jest wyjaśnione, w jaki sposób stresujące wydarzenia życiowe poprzez wyzwalanie objawów psychopatologicznych bezpośrednio inicjują depresję [29]. Definicja stresujących wydarzeń życiowych obejmuje wydarzenia o charakterze utraty lub przeciążenia, które w połączeniu ze specyficznymi cechami osobowości człowieka mogą wyzwalają objawy depresyjne bądź mieć znaczący wpływ na obraz kliniczny choroby. Szczególne znaczenie mają takie wydarzenia, jak: śmierć bliskiej osoby, konflikty małżeńskie, rodzinne, zawody emocjonalne, zmiany statusu finansowego, konflikty interpersonalne, kłopoty z dziećmi czy przewlekłe choroby [6].

Badania naukowe dowodzą także, że istnieją osoby bardziej podatne na czynniki stresowe, u których łatwiej dochodzi do wystąpienia choroby. Takimi czynnikami mogącymi zwiększać wrażliwość na stresujące wydarzenia życiowe są: neurotyzm (niezmienna, wrodzona cecha osobowościowa, która powoduje zwiększenie temperamentnej wrażliwości na negatywne bodźce), niekorzystne wydarzenia w wieku dziecięcym (wykorzystywanie seksualne, nadużywanie fizyczne, psychiczne czy zaniedbania wychowawcze, rozłąka dziecka z rodzicami, a zwłaszcza z matką) oraz genetyczna podatność do zachorowania na depresję i zaburzenia lękowe [29].

Kliniczne objawy depresji

Depresja jest chorobą zarówno umysłu jak i ciała, dlatego w większości przypadków u chorych diagnozuje się nie tylko objawy psychiczne ale również somatyczne. Charakteryzują się one dużą różnorodnością u poszczególnych osób, a każdy z objawów może mieć różne nasilenie. Zaburzeniom depresyjnym towarzyszy zawsze długotrwała niezdolność do działania nawet jeśli w jakiś sposób udaje się choremu radzić z codziennymi problemami. Kluczowym objawem depresji jest niemożność normalnego funkcjonowania przez, co najmniej dwa tygodnie [30]. Człowiek funkcjonuje w zwolnionym tempie, boryka się z zaburzeniami koncentracji i zaniżoną samooceną. Kluczową rolę w pogarszaniu się stanu

psychicznego odgrywają również objawy somatyczne, takie jak: złe samopoczucie fizyczne, dolegliwości bólowe oraz innego rodzaju schorzenia [1].

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – *World Health Organization*) i obowiązująca w Polsce od 1996 roku diagnozując depresje wskazuje na objawy podstawowe i dodatkowe. Objawy te decydują o podziale depresji na łagodną, umiarkowaną i ciężką [31]. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wymienia objawy, których utrzymywanie się przez 2 i więcej tygodni jest decydujące w diagnozowaniu depresji, szczegółowe dane przedstawiono w tab. I. [32].

Tabela I. Kryteria rozpoznania depresji wg ICD-10 i DSM-IV [33]

ICD-10	DSM-IV
<p>Objawy podstawowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - obniżenie nastroju, - utrata zainteresowań i/lub radości, - obniżenie energii lub wzmożona męczliwość. <p>Objawy dodatkowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. utrata własnej wartości, 2. poczucie winy, 3. myśli samobójcze, 4. zaburzenia woli, uwagi, 5. zahamowanie, niepokój, 6. zaburzenia snu, 7. zahamowanie łaknienia. <p>Epizod depresyjny łagodny:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co najmniej 2 objawy podstawowe i 2 dodatkowe, - pacjent może odczuwać 	<p>Występowanie co najmniej 5 objawów spośród poniższych przez co najmniej 2 tygodnie. Konieczne jest wystąpienie obniżenia nastroju lub utrata zainteresowań.</p> <ul style="list-style-type: none"> - obniżony nastrój przez większość dnia, - znaczne ograniczenie zainteresowań lub przyjemności związanych z normalnymi zajęciami, - znacząca utrata masy ciała lub jej przyrost, - bezsenność lub nadmierna potrzeba snu, - pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, - zmęczenie lub utrata energii, - uczucie mniejszej wartości lub winy, - zaburzenie koncentracji,

dyskomfort, ale funkcjonuje prawidłowo.	<ul style="list-style-type: none"> - powracające myśli o śmierci, - myśli lub próby samobójcze.
<p>Epizod depresyjny umiarkowany:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co najmniej 2 objawy podstawowe i 4 dodatkowe, - co najmniej 2 tygodnie i ogranicza prawidłowe funkcjonowanie. 	<p>Musi występować klinicznie znaczący dyskomfort oraz zaburzenia funkcjonowania.</p> <p>Objawy nie mogą być wynikiem stanu somatycznego lub skutkiem działania substancji (np. narkotyków lub leków)</p>
<p>Epizod depresyjny ciężki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 objawy podstawowe i co najmniej 4 objawy dodatkowe, - objawy znacznie nasilone, całkowicie zaburzą funkcjonowanie. 	

Zaburzenia wywołane depresją obejmują wiele funkcji i dotyczą różnorodnych sfer funkcjonowania człowieka. McKenzie wyodrębnił dwie grupy objawów charakterystycznych dla depresji: psychopatologiczne i somatyczne. Psychopatologiczne objawy zaburzeń depresyjnych mogą mieć różne nasilenie – od smutku i lęku aż do urojeń. Na pierwszy plan wysuwają się tu objawy związane z pogorszeniem nastroju a wśród objawów somatycznych najczęściej występuje bezsenność i utrata wagi – tab.II.

Tabela II. Objawy depresji [16]

Objawy psychopatologiczne	Objawy somatyczne
<ul style="list-style-type: none"> - obniżony nastrój, - utrata zainteresowań, - lęk, - obojętność emocjonalna, - myślenie depresyjne, - zaburzenia koncentracji, uwagi i pamięci, - urojenia, - tendencje samobójcze. 	<ul style="list-style-type: none"> - zaburzenia snu – kłopoty z zasypianiem, - wczesne budzenie się lub nadmiernie długie spanie, - spowolnienie psychiczne i fizyczne, - spadek lub wzrost apetytu, - spadek bądź wzrost wagi, - utrata zainteresowania seksem, - uczucie zmęczenia.

Najczęstsze skargi pacjentów dotkniętych depresją dotyczą poczucia niskiej wartości oraz beznadziejności własnego położenia, którym towarzyszą myśli i dążenia samobójcze [34]. Są to jedne z ważniejszych problemów współistniejących z depresją, dlatego często uznaje się, że należy ona do grupy chorób śmiertelnych [14].

Jak pokazują dane szacunkowe, próby samobójcze podejmuje 15-50% chorych, około 15-20% popełnia samobójstwo [15,35].Rocznie 820.000 zgonów na świecie jest spowodowanych samobójstwami, będącymi konsekwencją zaburzeń depresyjnych [15]. Około 20% chorych zmagających się z ciężką depresją odbiera sobie życie w krytycznym okresie choroby [13].Zauważa się fakt, że u pacjentów z depresją ryzyko podjęcia próby samobójczej najwyższe jest na początku i na końcu epizodu depresyjnego, przy czym groźniejsze od stopnia nasilenia choroby jest towarzyszące jej uczucie beznadziejności, utrata wiary w uzyskanie pomocy [30-34].

Na podstawie obserwacji i statystyk wyodrębniono pewne elementy zespołu depresyjnego, które często mają bezpośredni związek z silnie wyrażonymi tendencjami samobójczymi, są to [35, 36]:

- wysoki „poziom” lęku związany z niepokojem psychoruchowym, zaburzeniami snu lub bezsennością,
- poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, brak zewnętrznej pomocy, hipochondria,
- urojenie nihilistyczne,
- poczucie winy, grzeszności, przestępstw, dążenie do poniesienia kary,
- nastrój dysforyczny,
- dolegliwości bólowe i współistnienie przewlekłych chorób somatycznych,
- uporczywe zaburzenia snu.

Samobójstwo jest najpoważniejszym z konsekwencji następstw depresji. Należy jednak pamiętać, iż pogarsza ona również rokowanie w chorobach somatycznych, przyczyniając się tym samym do wydłużenia okresu hospitalizacji [15]. Mówiąc o depresji należy zaznaczyć, iż wielu chorych zupełnie nie zdaje sobie sprawy z jej istnienia. Objawy choroby mogą rozwijać się podstępnie i powoli. Czasem mogą przybierać nietypową formę, rozpocząć się zmęczeniem, bólami głowy, kłopotami ze snem, co tworząc syntezę z codziennymi stresami i

przepracowaniem może dla niektórych osób wydawać się naturalnej opóźnia właściwą diagnostykę depresji [37].

Podsumowanie

Zaburzenia afektywne jednobiegunowe, zwane potocznie depresją, należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych współczesnych czasów. Głównym manifestowanym przez chorych objawem jest obniżony, tzw. depresyjny nastrój – dominujące uczucie smutku, bezradności, beznadziei, rozczarowania, nierzadko do łez. Często pojawiają się również negatywne i pesymistyczne myśli o samym sobie, zwątpienie we własną wartość, brak wiary w siebie. Wiele osób pogrążonych w depresji ma również jakieś nieokreślone poczucie winy. Jednak nie wszyscy chorzy zdradzają depresyjny nastrój. U niektórych z nich najbardziej rzucające się w oczy cechy to pobudzenie, drażliwość, wybuchowość. Czasami depresja objawia się ogólnym znudzeniem, utratą zainteresowań, zubożeniem na wszystko, włącznie z tym, co wcześniej cieszyło i interesowało [5]. Goodman i Scott opisując objawy depresyjne w odniesieniu do dzieci i młodzieży, na pierwszym miejscu wymieniają właśnie anhedonię – niemożność odczuwania radości i przyjemności. Stąd poczucie niespełnienia i beznadziejności za tym idzie niska samoocena, rodzące się poczucie winy i zawstydzanie samego siebie. Brak energii doprowadza do apatii, zaburzeń aktywności. Zaburzeniu ulega apetyt, sen, uwaga, wreszcie pojawiają się myśli i próby samobójcze. Jeśli wymienione objawy utrzymują się co najmniej 2 tygodnie, to w oparciu o ICD-10 i DSM-IV – diagnozuje się epizod depresyjny [38, 39]. Depresja wymaga natychmiastowej diagnozy, gdyż zbyt długi okres rozpoznawania choroby lub błędne diagnozy mogą przyczynić się do strat materialnych, narażając na niepotrzebne cierpienie, długotrwałą niezdolność do nauki i pracy lub do najpoważniejszego skutku – śmierci samobójczej. Wczesne wykrycie i leczenie depresji to jedyna metoda profilaktyki rozwoju tej podstępnej choroby [2].

Wnioski

Depresja to choroba psychiczna będąca efektem rozwoju cywilizacji, a ze względu na swoisty charakter choroby będącej dysfunkcją całego organizmu człowieka, mówi się o niej również w kategoriach poważnego problemu społecznego.

Choroba depresyjna może pojawić się u każdego bez względu na etap życia, a szeroka gama powodów jej zaistnienia oraz różnorodność objawów psychofizycznych stanowi istotny

problem diagnostyczny.

Depresja zaburza funkcjonowanie człowieka w całym jego wymiarze biopsychospołecznym przez co niewątpliwie pogarsza jakość życia we wszystkich jego aspektach, a w skrajnych przypadkach prowadzi do śmierci.

Bibliografia

1. Mizera A.: Podręczna encyklopedia zdrowia. Wyd. Murator S.A., Warszawa 2011.
2. Ryszewska – Pokraśpiewicz B.W.: Po pierwsze człowiek. APOFARM, Kielce 2003.
3. Kokoszka A.: Współzachorowalność zaburzeń depresyjnych i nerwicowych – jej znaczenie w teorii i praktyce lekarskiej. Przew. Lek., 2003; 8, 87 – 91.
4. Bielski T., Markowski W.: Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wydawnictwo Pallotinum, Poznań-Warszawa 1980.
5. Kramlinger K.: Depresja. Co lekarz radzi. Świat Książki, Warszawa 2007.
6. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
7. Bilikiewicz A.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
8. Hammen C.: Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Wyd. GWP., Gdańsk 2006.
9. Dietrich D., Neumann B.: Depresja nie jest przeznaczeniem. Wyd. WAM, Kraków 2007.
10. Rybakowski F., Pużyński S., Wciórka J.: Psychiatria. tom. 2. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
11. Światowa Organizacja Zdrowia: Fact sheet on depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (data pobrania 09.09.2016)
12. Wincewicz K. M.: Depresja – podstawowe terminy oraz klasyfikacje. <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/125-depresja/1406-depresja-podstawowe-terminy-oraz-klasyfikacje-karolina-maria-wincewicz.html> (data pobrania 09.09.2016)
13. Corazza V., Daimler B., Ernst A., Federspiel K., Herbst V., Langbein K., Martin H., Weiss H.: Podręczna Encyklopedia Zdrowia. Wyd. ZYSK i S-ka., Warszawa 2011.

14. Müller W.: Jak wyjść z depresji. Wyd. WAM, Kraków 2011.
15. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M.: Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa. Wyd. Continuo, Wrocław 2009.
16. McKenzie K.: Poradnik medyczny. Depresja. Wyd. Wiedza i Życie, Warszawa 2011.
17. Kurcz I., Skarżyńska K.: Słownik psychologii. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2005.
18. Atkinson S.: Jak wydobyć się z depresji. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2008.
19. Seligman M., Walker E., Rosenhan D.: Psychopatologia. Wyd. Zysk i S-ka., Poznań 2003.
20. Sęk H.: Psychologia kliniczna. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006; 108.
21. Bilikiewicz A., Pużyński S., Leder S.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
22. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: Psychopatologia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
23. Freud, S.: Żaloba i melancholia. [w:] Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. K. Walewska, J. Pawlik J. (red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1992; 12-60.
24. Sęk H.: Psychologia zaburzeń afektywnych. [w:] Psychologia kliniczna, tom 2. H. Sęk (red.). Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007; 97-112.
25. Huflejt-Łukasik M.: Charakterystyka struktury standardów „Ja” i autokoncentracja a depresja. Wydział Psychologii UW, Warszawa 1997.
26. Czabała J.C.: Czynniki leczące w psychoterapii. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.
27. Grzesiuk L.: Psychoterapia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000.
28. Landowski, J.: Badania laboratoryjne w psychiatrii. [w:] Psychiatria, tom 1. A. Bilikiewicz, S. Pużyński S, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.). Elsevier Urban & Partner, Warszawa 2002; 570-609.
29. Rajewska-Rager A., Rybakowski J.: Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji. Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2008; 3, 3-4, 147-152.
30. Rosenthal M. S.: Depresja. Wyd. KDC, Warszawa 2003.
31. Cierpiałkowska L.: Psychopatologia. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2007.
32. Wciórka J.: Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner,

Wrocław 2008.

33. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. IPN, Kraków-Warszawa 1997.
34. Wolpert L.: Depresja – złośliwy smutek. Wyd. Muza SA., Warszawa 2001.
35. Chojnacka-Wójtowicz J.: Od apatii po euforię. *Zdrowie*, 2014;10, 74-75.
36. Pużyński, S.: Samobójstwa i zaburzenia psychiczne. [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. A. Bilikiewicz (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 431.
37. Wasilewski D.: Depresja – poradnik dla pacjentów. Wyd. Merck. Warszawa 2004.
38. Goodman R., Scott S.: *Psychiatria dla dzieci*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2000.

Problem depresji w środowisku młodzieży gimnazjalnej

Monika Puciłowska¹

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

Czas depresji jest złym czasem, od którego chciałoby się uciec, ale nie ma gdzie; chory jest w nim zamknięty, przegnieciony przeszłością, teraźniejszością i bez perspektyw przyszłości. W czasie tym niewiele się dzieje; przeżycia monotonnie obracają się koło tych samych wątków: beznadziejności, poczucia winy, lęku przed katastrofą itp.

Antoni Kępiński

Wprowadzenie

Depresja uznawana jest za schorzenie coraz bardziej rozpowszechniające się we współczesnym społeczeństwie, stanowiące powszechnie występujące zaburzenie zdrowia psychicznego. Dotyka zarówno ludzi bardzo młodych, jak i tych w starszym wieku.

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [cyt. za 1,2] wynika, że aktualnie choruje na nią co najmniej 350. milionów ludzi na całym świecie.

Depresja w największym stopniu dotyczy społeczeństwa Ameryki, gdzie występuje w 8%, w Europie jest to 6,1%, w krajach Pacyfiku 6% [3,4]. Najmniej zachorowań odnotowywanych jest na wschodnim obszarze śródziemnomorskim – ok. 3,5% [3,4].

W roku 2002 depresja zajmowała czwarte miejsce na liście przyczyn niepełnosprawności chorobowej na świecie, a przewiduje się, że w 2030 roku będzie na świecie drugą co do częstości przyczyną niepełnosprawności w krajach wysokorozwiniętych, zaś trzecią w krajach niskorozwiniętych [5].

Niektórzy badacze [cyt. za 4] stwierdzają, że w pewnym momencie życia, objawy depresyjne można rozpoznać u osoby na 6.

Zaburzenia depresyjne oraz ich konsekwencje, jak podkreśla Pużyński [6], są ogromnym wyzwaniem dla współczesnego świata, zarówno w wymiarze osobowym, jak i gospodarczo-finansowym. Powyższe wynika z faktu, iż pacjenci z depresją są mniej wydajni w pracy, gorzej funkcjonują w płaszczyźnie życia rodzinnego i społecznego, duży ich odsetek korzysta z zasiłków chorobowych, a część podlega inwalidyzacji [6].

Kathon [7] zwraca uwagę na niepokojący fakt, iż jedynie 20% osób z tej grupy korzysta z opieki medycznej, zwłaszcza opieki psychiatrycznej, co być może wynika z braku akceptacji społecznej dla leczenia psychiatrycznego.

Pacjenci, często ukrywają chorobę, nie tylko przed lekarzem, ale także przed najbliższymi. Boją się stygmatyzacji, lekceważą objawy uniemożliwiające im codzienne funkcjonowanie, obawiają się ubocznego działania leków przeciwdepresyjnych, a także potencjalnego uzależnienia od nich [2].

Badania Wojnara [8] wykazały, iż około 20% pacjentów rejestrujących się po poradę do lekarzy rodzinnych to pacjenci z depresją, którzy najczęściej zgłaszają się z powodu dolegliwości somatycznych, gorszego samopoczucia, czy też problemów z zasypianiem i snem. Niestety jedynie połowa z nich kierowana jest na konsultację psychiatryczną [8].

W związku z powyższym istotna wydaje być rola lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kontaktującego się regularnie z pacjentem i dlatego mającym możliwości, w toku swojej działalności diagnostycznej, wstępnego rozpoznania objawów depresyjnych [2].

Epidemiologia depresji

W roku 2012, według danych WHO [3,4], na depresję cierpi około 5% całej populacji, a w Polsce – 1,2-1,5 mln. osób.

Rozpowszechnienie depresji w ciągu życia waha się w zakresie 14,4-18%, przy czym występuje dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn [9]. Szacuje się [3,4], iż częstość występowania zaburzeń depresyjnych w okresie połogu waha się od 10 do 30%. WHO

podaje [3,4], że depresja poporodowa może dotyczyć nawet co 5.rodzącej kobiety. Średniorokunadepresjęzapadaok6%-10%całejpopulacji [3,4].

Każdego roku [3,4] wzrasta odsetekdzieciimłodzieżyzapadających na depresję wprzypadkudzieciprzedzkolnych skala problemu waha się od 0,8% do 1,0%; wprzypadkudzieciod6 do 11lat od 2% do 3%, a w grupie osóbstarszychpo50rokużycia ten odsetekwynosi nawet15%.

Szacuje się, za Kalinowska i wsp. [10], że na dużą depresję (*Major Depressive Disorder – MDD*), przed ukończeniem 18. r.ż., zapada nawet 20% nastolatków.

W literaturze fachowej [10,11,12] częstość występowania MDD ocenia się na 1-2% wśród dzieci w okresie przedpokwitaniowym, a w grupie adolescentów na 5-8%. Zwraca się też uwagę, iż ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i dojrzewaniem płciowym, przy czym odnotowuje się, iż jednokrotne zachorowanie we wczesnym okresie życia obciążone jest wysokim ryzykiem nawrotu [10,11,12]. Birmaher i wsp. [12] podkreślają, że 30-70% dzieci, które przebyły pierwszy epizod depresji, może doświadczyć drugiego, a nawet kolejnych, jeszcze w okresie dziecięcym, adolescencji lub w wieku dorosłym. Lewinsohn i wsp. [13] wykazali, że przynajmniej jeden nawrót depresji dotyczył aż 18,4% badanej przez nich populacji adolescentów. Autorzy [13] twierdzą także, że depresja zapoczątkowana w wieku młodzieńczym, oprócz ryzyka rozwoju MDD, wiąże się także z wyższym ryzykiem zaburzeń lękowych, samobójstw i gorszych wyników w nauce. Rozpowszechnienie dystymii (stanu chronicznego smutku, podczas którego występują objawy depresji pojawiające się na przestrzeni co najmniej dwóch lat) w dzieciństwie szacowane jest na 0,6-1,7%, zaś wśród adolescentów 1,6-8% [14].

Birmaher i wsp. [14] zwracają uwagę, iż MDD u dzieci występuje w jednakowych proporcjach u obydwu płci, ale już okres dojrzewania wiąże się z wyższą zachorowalnością na depresję w grupie dziewcząt, w stosunku do chłopców. Powyższe zdaniem Richardsona i Katzenellenboga [cyt. za 15] powiązane jest z różnicami hormonalnymi, neurobiologicznymi i społeczno-kulturowymi w rozwoju chłopców i dziewcząt.

Etiologia depresji

Patogeneza depresji jest złożona i nie do końca wyjaśniona i może być wypadkową wielu różnych przyczyn [16]. Puri i wsp. [16] zwracają uwagę, iż kobiety mogą częściej przyznawać się do nastroju depresyjnego, stąd depresja może być u nich częściej rozpoznawana. Mogą także doświadczać cięższych sytuacji stresowych, co związane jest np. z porodem i wpływem hormonów płciowych (miesiączka, zespół przedmiesiączkowy, menopauza) [16]. U mężczyzn z kolei depresja może być błędnie diagnozowana, jako uzależnienie od substancji psychoaktywnych, gdyż częściej w wyniku depresji nadużywają oni alkoholu [16].

W literaturze fachowej [14,15,17] zwracają uwagę na fakt, iż rozwój depresji o wczesnym początku zależny jest od współdziałania wielu czynników, takich jak:

- **genetyczne** – występowanie depresji u rodziców, zwiększa 3-krotnie zwiększa ryzyko depresji u potomstwa; poziom dziedziczenia depresji wynosi co najmniej 50%; rodzice od 20 do 50% młodych chorych, leczeni byli z powodu depresji lub innych problemów psychicznych, wykazano istotną rolę genów w powstawaniu predyspozycji do depresji i lęku, która przejawia się w większej wrażliwości na obciążające (podejście interakcyjne geny – środowisko), *„zachorowalność potomka poprzez obciążenie genetyczne i tworzenie niewydolnego pod względem emocjonalnym i społecznym środowiska, które ogranicza skuteczne radzenie sobie ze stanami emocjonalnymi i stresem”*,
- **rodzinne** – negatywny typ więzi emocjonalnej z rodzicami (rodzice niedostatecznie dostępni, wrażliwi na potrzeby dziecka, rodzice chłodni, odrzucający), konflikty i niezgoda w rodzinie, lękowa reprezentacja przywiązania, brak wsparcia ze strony rodziców, nieprawidłowy styl wychowawczy, przemoc i nadużycia seksualne, zaniedbanie, przestępczość, nadużywanie substancji psychoaktywnych przez rodziców, dezorganizacja życia rodzinnego, niedostępność rodziców z powodu ich choroby (także somatycznej) lub śmierci jednego z nich, niski status socjoekonomiczny,
- **osobowe właściwości psychologiczne** - niska samoocena, poczucie beznadziei, niskie umiejętności społeczne, wysoki lęk, wysoki samokrytycyzm, negatywny styl atrybucji, zniekształcenia poznawcze, wysoki perfekcjonizm, niskie osiągnięcia szkolne,

- **związane z doświadczeniami na przestrzeni życia** - krytyczne wydarzenia życiowe (60-70% osób przed pierwszym rozpoznaniem epizodem depresji doświadczyło jakiegoś silnie stresującego zdarzenia, takiego jak śmierć rodzica/przyjaciela, rozwód, żałoba, samobójstwo w bliskim otoczeniu, utrata więzi przyjacielskiej), nieudane związki, problemy edukacyjne, problemy w relacjach rówieśniczych i z rodzicami, problemy zdrowotne.

Depresja – definicja i podział

Termin „depresja” pochodzi z języka łacińskiego, od czasownika *deprimere* znaczącego: „uciskać w dół, przygniatać” [cyt. za 18].

Rybalkowski i Jaracz [8] podkreślają, iż w obecnym znaczeniu, tej nazwy, prawdopodobnie po raz pierwszy, jako „depresja umysłowa” (*depression of mind*), użył lekarz z Edynburga Robert Whytt (1714-1766), w swej rozprawie *Observations on the Nature, Causes, and Cure of Those Disorders which have been Commonly Called Nervous, Hypochondriac, or Hysterical* (Obserwacje na temat natury, przyczyn i sposobów leczenia zaburzeń nerwowych, hipochondrycznych i histerycznych).

W XIX i XX wieku termin depresja stopniowo zastępował pojęcie melancholii [18].

Według

Encyklopedii PWN [19] depresja to „zespół zaburzeń psychicznych, na który składają się: depresyjny nastrój, różniące się od smutku, poczucie przygnębienia, spadki aktywności i reaktywności, pesymizm, smutek i podobne objawy. W tym rozumieniu objawy depresyjne są całkowicie normalne, stosunkowo częste i krótkotrwałe”.

Z kolei Penquin Dictionary of Psychology [cyt. za 4] definiuje depresję jako: „wzrost ogólnego nastrój cechujący się nieadekwatnością, poczuciem przygnębienia, spadki aktywności i reaktywności, pesymizmem, smutkiem i podobnymi objawami. W tym rozumieniu objawy depresyjne są całkowicie normalne, stosunkowo częste i krótkotrwałe”.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się depresję [2,3,4]:

- **sezonową** – kiedy to chorzy niana odczuwają symptomy depresyjnej w okresie od jesieni do późnej wiosny, zwykle przez około 6 miesięcy, w związku z niewystarczającą ilością światła. W okresie wakacji dochodzi do zahamowania choroby, a pacjenci zazwyczaj powracają do normalnego funkcjonowania,

- **poporodową „baby blues”** - związana z wystąpieniem objawów depresyjnych w ciągu trzech miesięcy od porodu i utrzymywaniem się ich przez około 2 do 6 miesięcy, objawiająca się ciągłym zmęczeniem występującym nawet po wypoczynku, brakiem apetytu, bądź apetytem nadmiernym, słabym popędem seksualnym, powracającymi, natrętnymi myślami o byciu nie do statecznej dobrą matką, ciągłymi obawami o zdrowie dziecka, pojawianiem się lęku przed opieką nad dzieckiem, obawy, że to zadanie je przerasta. Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia depresji poporodowej zalicza się urodzenie dziecka z wadą rozwojową lub wcześniaka, młody wiek matki, samotna macierzyństwo, wcześniejsze skłonności depresyjne, śmierć bliskiej osoby, utratę pracy, kłopoty finansowe,
- **endogenną** – bez żadnej typowej przyczyny zewnętrznej, związana z zaburzeniem funkcjonowania mózgu, układu hormonalnego lub nerwowego; z reguły pojawia się u osób po 40. roku życia i trwa około 6 miesięcy. Chory nie jest w stanie wykonywać najprostszych czynności, podejmować żadnych decyzji, zaspakajać swoich podstawowych potrzeb (z zakresu higieny osobistej, przygotowania posiłków), ma obniżony nastrój, stany lękowe, zaburzenia snu, zahamowania lub podniecenia psychoruchowe. Ma poczucie winy, niską samoocenę, pojawiają się u niego myśli i próby samobójcze,
- **egzogenną** – uwarunkowana czynnikami zewnętrznymi, związana z trudnym lub traumatycznym doświadczeniem danej osoby, takich jak, choroba, śmierć bliskich, wypadek, utrata pracy, utrata majątku, zdrada, rozwód, usamodzielnienie się dzieci. Częściej rozwija się u osób charakteryzujących się chwiejnością emocjonalną, nieśmiałością, nadwrażliwością, wycofaniem społecznym, mających trudne dzieciństwo. Objawy depresji są bardzo zbliżone do obserwowanych w depresji endogennej, takich jak obniżenie nastroju, płaczliwość, spadek samooceny, poczucie winy, problemy ze snem lub apetytem. Pojawia się myślenie dichotomiczne (brak nadziei na poprawę sytuacji i zmianę),
- **nerwicową (dystymię)** – związaną z przewlekłym obniżeniem nastroju utrzymującym się kilkanaście lat, z reguły co najmniej 2 lata, występującą najczęściej pomiędzy 20. a 30. rokiem życia, przebiegającą łagodniej, niż depresja endogenna, bardzo trudną do diagnozowania, która może trwać nieleczona przez całe życie chorego. Za typowe objawy uważa się

obniżony nastrój (chory przyzwyczają się do niego w takim stopniu, że staje się on normalną cechą jego osobowości),

zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, stałe uczucie zmęczenia i wyczerpania, nie mające fizycznego powodu tego

stanu, niską samoocenę, deficytu wagi. Przyczyn dystymii dopatrywać się należy w czynnikach biologicznych i genetycznych oraz w głębokich urazach z przeszłości, związanych z

poczuciem bezpieczeństwa, zaspakajaniem potrzeb dziecka i możliwości realizacji celów,

- **dwubiegunową** (choroba afektywna dwubiegunowa lub psychozamiakalna-depresyjna) charakteryzującą się naprzemiennymi stanami manii (wzmoczony dobry nastrój, wysoka samoocena, wzrost energii, depresji i zdrowia), depresji (utrata zainteresowań, przyjemności płynących z życia, postrzeganie świata jako ponurego, a życia, jako pozbawionego sensu, niemożność podjęcia jakiegokolwiek decyzji, płaczliwość i drażliwość, pojawienie się myśli prób samobójczych) i zdrowia. Epizod depresyjny reguluje trwałość około pół roku. W fazie manii (około czterech miesięcy) chorzy są przepełnieni energią, radością, spontanicznością, mają przekonanie iż posiadają talenty, mają nierealne wizje dotyczące posiadanej władzy, liczby pieniędzy lub przeżywanej miłości. Ich życie towarzyskie, miłosne i seksualne ulega ożywieniu, mogą popaść w hazard i nadmiernie wydawać pieniądze na uciechy życia. Podwyższona aktywność może stać się dla nich męcząca, a czasami przerażać się wybuchy gniewu. W konsekwencji stan manii może doprowadzić do zniszczenia relacji miłosnych, utraty pracy i majątku lub rozwoju uzależnień. Cykliczne zmiany nastroju mogą przybierać postać zwanych yklotymią. W przyczynach zachorowania na chorobę afektywną dwubiegunową bierze się pod uwagę czynniki genetyczne, środowiskowe (przedłużający się stres, brak odpowiedniej organizacji rytmu dobowego), zaburzenia neuroprzekaznictwa (głównie serotoniny, dopaminy i noradrenaliny),
- **maskowaną**, określaną także jako depresja atypowa, ponieważ przybiera maskę objawów somatycznych i psychosomatycznych, charakterystycznych dla innych chorób lub zaburzeń, płynących z ciała. Najczęściej są to reakcje bólowe, bezsenność, kłopoty z jedzeniem i świąd skóry.

Rybakowski i Jaracz [18] wspominają o tzw. **myśleniu depresyjnym**, pojęciem którego określają charakterystyczny sposób myślenia chorych na depresję, odzwierciedlający

określony sposób przetwarzania informacji związanej z własną osobą, otoczeniem i przyszłością. Charakteryzuje się ono obniżonym poczuciem własnej wartości, negatywną interpretacją otaczającej rzeczywistości i nieuzasadnionym pesymistycznym nastawieniem do przyszłości oraz tzw. negatywnymi schematami poznawczymi (poznawcza koncepcja depresji) [18].

Pełka-Wysiecka i Samochowiec wymieniają depresję[2]:

- **prostą** – w której dominuje obniżenie nastroju, a pozostałe objawy są miernie nasilone. U pewnej grupy chorych występują zaburzenia napędu psychoruchowego, dochodzi do spowolnienia, spadku tempa myślenia, łącznie z jego zahamowaniem i w skrajnych przypadkach wystąpieniem osłupienia depresyjnego,
- **zahamowaną lub z zahamowaniem** – gdy chorzy ograniczają lub nie przyjmują posiłków i płynów, godzinami siedzą lub leżą, nie zmieniają przy tym pozycji ciała, wymagają stałej opieki i nadzoru (hospitalizowania),
- **anankastyczną (z natręctwami)**, objawiającą się obsesyjnym myśleniem, nawracającymi wyobrażeniami często o charakterze suicydalnym, werbalizowaniem nawracające przykrych, negatywnych myśli. Pojawić się w nich treści nietypowe, np. bluźniercze, czy też dotyczące skrzywdzenia osób ważnych dla pacjenta. W ich wyniku rozwija się poczucie winy i niska samoocena,
- **lękową (agitowaną)** – gdy dominuje przeżywanie stanów lękowych, z komponentą psychiczną, behawioralną i somatyczną. Chorzy funkcjonują w ciągłym poczuciu napięcia, zagrożenia, niepokoju manipulacyjnego, ruchowego, łącznie z pobudzeniem. Pojawiają się zaburzenia snu i wysokie ryzyko samobójstw,
- **urojeniową, zwaną też psychotyczną** – charakteryzującą się obecnością interpretacji i ocen depresyjnych o nasileniu osiagającym wymiar urojeń, głównie o charakterze winy, poniżenia, kary, zubożenia, grzeszności i nihilistyczne. Pojawiają się także nastawienia ksobne, nieufność i poczucie zagrożenia (próby samobójcze, ryzyko samobójstwa rozszerzonego), stały lęk i niepokój ruchowy,
- **hipochondryczną (bólową)** – z nasilonymi objawami anhedonii, niemożnością przeżywania uczuć (smutku, żalu, współczucia, litości), mogąca przekształcić się z czasem w depresję urojeniową,
- **anestetyczną (depresonalizacyjną)** – często towarzyszącą poczuciu pogorszenia sprawności funkcji poznawczych, z czasem przybierającą obraz urojeniowy.

Kliniczne objawy depresji

Rozpoznanie depresji ułatwiają Kryteria diagnostyczne DSM-IV, które sugerują, iż w celu jej stwierdzenia niezbędne jest występowanie u osoby minimum pięciu objawów przez okres dwóch tygodni [3,4].

Zgodnie z klasyfikacją DSM-IV do najważniejszych somatycznych objawów depresji zalicza się [3,4]:

- obniżenie nastroju,
- znaczne ograniczenie zainteresowań,
- anhedonia,
- wzrost lub spadek apetytu,
- obniżenie napięcia psychoruchowego lub podniecenia ruchowe,
- utrzymująca się bezsenność lub senność nadmierna,
- poczucie zmęczenia,
- obniżenie sprawności myślowej, brak lub wzrost apetytu, poczucie niezasadnionej winy, obniżenie poczucia własnej wartości, nawracające myśli samobójcze.

Klasyfikacja ICD-10 zakłada, że aby stwierdzić występowanie depresji muszą, przez okres co najmniej dwóch tygodni, wystąpić dwa z trzech objawów: obniżenie nastroju, utrata zainteresowań anhedonia, utrata energii [3,4]. Dodatkowo wymagane jest także wystąpienie dwóch lub więcej objawów takich jak: niskasamoocena, problemy z koncentracją, pesymizm, poczucie winy, problemy ze snem, myśli, zachowania suicydalne lub autoagresywne, zmniejszenie apetytu [3,4].

Do charakterystycznych cech obrazu klinicznego depresji zalicza się objawy [3,4,16, 19, 20, 21]:

- **afektywne** – objawy emocjonalne, takie jak smutek i przygnębienie, które trwają dłużej niż 2 tygodnie; wzmożona płaczliwość, czasami drażliwość, anhedonia (niemożność przeżywania radości w jakimkolwiek obszarze życia), utrata radości z życia, zainteresowań, znajomości, w miarę rozwoju choroby zaczynają unikać spotkań towarzyskich, wizyty bliskich sprawiają im problem, mają trudności w wywiązywaniu się z podstawowych obowiązków domowych, zawodowych, nie podejmują żadnych inicjatyw, obojętnieją na wydarzenia toczące się wokół nich, tracą zainteresowanie życiem, obowiązkami, rodziną, polityką, a

także pasjami i hobby, pesymistycznie widzą swoją przyszłość, w tym szansę na wyleczenie, tracą wiarę w własne możliwości, mają poczucie winy, niską samoocenę, co w konsekwencji doprowadza do zaprzestania dbania o podstawowe potrzeby biologiczne i higienę, prowadzą do wytworzenia się myśli o charakterze samobójczym i wprowadzanie ich w czyn. Chorzy bardzo często towarzyszą im (niepokój, poczucie napięcia, zagrożenia), nie mający obiektywnych przesłanek, które może także przybierać formę bólu umiejscowionego w kolicy sercowej, brzucha, lub wyrażać się poprzez uczucie „trzęsienia” lub „drżenia” ciała,

- **poznawcze** – obniżenie sprawności intelektualnej, ruchowej, kłopoty z pamięcią, spowolnienie myślenia i tempa wypowiedzi, ruchy chorego stają się powolne, ociężałe, chorzy mają poczucie zahamowania, utraty energii i sił do działania, pojawiają się u nich ciągłe, przewlekłe zmęczenie, negatywne oczekiwania, samoocena, negatywna interpretacja doświadczeń przeszłych i negatywna wizja przyszłości, pojawia się skłonność do generalizowania, widzenia świata w czarno-białych kolorach, negatywnego myślenia o sobie, o swoich bliskich i przyszłości. U chorych pojawia się niska samoocena oraz krytycyzm własnych zachowań, cech osobowościowych, w konsekwencji nie ma wiary w poradzenie sobie z problemami, ma poczucie beznadziejności i bezcelowości życia, a to jeszcze bardziej pogłębia depresję. U chorych mogą występować także omamy wzrokowe, węchowe, słuchowe lub dotykowe i poczucie, że jakaś część z nich obumarła,
- **behawioralne** – objawiają się zaburzeniami aktywności, w postaci jej wzrostu lub spowolnienia, działaniami destrukcyjnymi, agresywnymi, impulsywnymi, kompulsywnymi, zachowaniami *acting-out*, popadaniem w uzależnienia, zachowaniami odmiennymi od dotychczasowego systemu wartości. Do rzadkich objawów należy pobudzenie psychoruchowe (głównie u osób doświadczających objawów lękowych), charakteryzujące się „niespokojnością” w gestykulacji, poruszaniu rękami, ciągłym ruchu, nerwowym kręceniu się. Częściej obserwowane jest wycofanie z aktywności społecznej i zawodowej, unikanie kontaktu ze światem, pozostawanie przez długie okresy w łóżku, zwolnieniu tempa poruszania, ściszeniu głosu i jego monotonności, wypowiedaniu mniejszej liczby słów, „wbijaniu” wzroku w dal, braku chęci nawiązania kontaktu z rozmówcami,
- **somatyczne** – wiążące się z zaburzeniami rytmów dobowych, problemami ze snem (wczesne budzenie się, sen płytki, sen przerywany, po przebudzeniu chory nie może

powtórnie zasnąć, poczucie senności w czasie dnia), utrata apetytu lub apetytem wzmożonym, brakiem zainteresowania sferą seksualną, złym samopoczuciem, skargami na bóle (brzucha, pleców, karku, mięśni, głowy niejednokrotnie współwystępujące z bólem szczęki i oczodołów), przyspieszoną akcją serca, kluciem w okolicy serca, zaparciami, zaburzeniami miesiączkowania, bólem w trakcie stosunku intymnego, problemami ze wzrokiem, pojawieniem się szumu w uszach.

Depresja [3,4] może być także konsekwencją przebiegu innych chorób, w tym współwystępować razem z innymi zaburzeniami lub być efektem wtórnym niektórych innych zaburzeń i chorób lub być wynikiem stosowania określonych leków, których efektem ubocznym jest występowanie objawów depresyjnych.

Do somatycznych przyczyn wystąpienia depresji zalicza się [3,4]: nowotwory, choroby narządów mięszszowych (niewydolność nerek lub wątroby), choroby układowe (toczeń), infekcje, w tym kiła, AIDS, WZW, mononukleozę, gruźlicę, niedobory witamin, zatrucia talem i ołowiem, zaburzenia hormonalne i przemiany materii.

Przyczynami depresji ze strony ośrodkowego układu nerwowego mogą być procesy zwyrodnieniowo-zanikowe (choroba Alzheimera, płasawica Huntingtona, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane), guzy mózgu, padaczka, stany pourazowe, choroby naczyniowe [3,4]. Depresja może się także rozwinąć przy stosowaniu niektórych leków, takich jak: neuroleptyki, antykoncepcyjne środki hormonalne, leki przeciwhistaminowe, przeciwnowotworowe lub przeciwgruźlicze [3,4].

Namysłowska [20] w grupie głównych objawów depresji wymienia różnego stopnia przygnębienie, drażliwy nastrój, smutek, brak radości życia i odczuwania przyjemności. Za charakterystyczny uważa także lęk przed przyszłością, brakiem szansy na zdobycie wykształcenia, pozycji społecznej. W przypadku młodzieży źle funkcjonuje ona w szkole, ma trudności w uczeniu się, głównie z powodu apatii, ale także zaburzeń koncentracji i uwagi [20].

Mosiołek i Łoza [22] uważają, iż odczuwanie smutku i przygnębienia jest naturalną reakcją na niepowodzenia życiowe lub stratę i najczęściej wewnętrzne zasoby wystarczają, aby odzyskać równowagę. Kluczowym zagadnieniem jest jednakże dostrzeżenie, kiedy fizjologiczne przygnębienie zaczyna przechodzić w kliniczną depresję [22].

W literaturze fachowej [3,4] zwraca się uwagę na fakt, iż 25% zgłaszanych epizodów depresyjnych trwa krócej niż miesiąc, a 50% z nich ustępuje reguły po upływie 3 miesięcy od momentu wystąpienia objawów depresyjnych. Pamiętać należy, że depresja ma tendencje do nawrotów i aż 75% pacjentów może zachorować ponownie w ciągu 2 lat [3,4]. Szacuje się [3,4], że około 15% pacjentów z ciężką depresją umiera wskutek samobójstwa, 20%-60% chorych na depresję dokonuje prób samobójczych, a 40%-80% ma myśli samobójcze.

Wybrane czynniki ryzyka i ochronne depresji u młodzieży

W piśmiennictwie [23,24] wymienia się różne czynniki ryzyka (genetyczne, biologiczne, psychospołeczne, środowiskowe), które wchodzą ze sobą w złożone, wielokierunkowe relacje:

- **genetyczne** (np. płeć żeńska, posiadanie depresyjnych rodziców, bliskich krewnych, rodzinie występujące zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zwłaszcza występujące w młodym wieku, nadużywanie substancji psychoaktywnych, patologia ciąży, porodu),
- **biologiczne** (np. wiek – końcowa faza okresu dojrzewania – 15-19 lat, nadmierna aktywacja osi podwzgórze-nadnercza z towarzyszącym niedoborem monoamin spowodowana czynnikami takimi jak: leki, zakażenia, nowotwory, napromienienie, zmiany hormonalne w okresie pokwitania, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania się),
- **psychospołeczne** (np. poczucie straty: odrzucenie, próby samobójcze w przeszłości, stresujące wydarzenia życiowe, występowanie epizodów depresji we wcześniejszych fazach rozwoju, wykorzystywanie fizyczne i seksualne we wczesnym dzieciństwie, separacja od rodziców, zaniedbywanie dziecka i stosowanie przemocy wobec niego, choroby somatyczne i psychiczne rodziców, śmierć bliskiej osoby, niepowodzenia szkolne i problemy w relacjach interpersonalnych),
- **środowiskowe** (np. pochodzenie: z mniejszości etnicznej – wzrastanie w środowisku odmiennym językowo i kulturowo; z terenów wiejskich, niski status socjoekonomiczny rodziny, niska sprawność intelektualna, styl wychowawczy oparty na kontrolowaniu dziecka, obniżanie się osiągnięć szkolnych, trudności w nauce).

Wyróżnia się także [25] czynniki chroniące przed depresją u młodzieży, takie jak: więź i wsparcie ze strony co najmniej jednego z rodziców, dobre relacje z rówieśnikami i wsparcie kolegów, zaangażowanie religijne, wyższa samoocena, posiadanie celów życiowych i planów na przyszłość oraz posiadanie jakiegось zajęcia lub zatrudnienia.

Rola rodziców w opiece dziecka z depresją

Rabe-Jabłońska [26] zauważa, iż postępowanie w zaburzeniach depresyjnych u młodzieży powinno mieć charakter kompleksowy i obejmować farmakoterapię, działania psychoterapeutyczne, psychoedukację (w tym rodzin chorych), trening umiejętności społecznych, naukę radzenia sobie ze stresem, a także zapewnienie możliwości zaspokojenia potrzeb rozwoju młodych pacjentów.

Rodzina, za Casher i Bess [27] może określić czas, w którym rozwinęła się depresja, określić, czy był to proces powolny czy nagły. Ma to istotne znaczenie, ponieważ wystąpienie depresji przed 11. rokiem życia wskazuje na duże prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzenia dwubiegunowego w okresie dorosłości. Rodzina najlepiej wie, jak nastolatek funkcjonował w dłuższej perspektywie czasowej, zna jego temperament i uwarunkowania psychologiczne, co jest bezcenne przy dokonywaniu ogólnej oceny i ustaleniu planu leczenia [27]. W tym miejscu warto podkreślić, iż należy skrupulatnie porównywać informacje pochodzące otrzymane z różnych źródeł, ponieważ krewni i pacjenci często podają różne dane za pacjenta [27].

W literaturze przedmiotu [24,25] zwraca się uwagę na takie działania rodziców profilaktyce depresji u młodych osób jak:

- w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów szybkie zgłoszenie się z dzieckiem do lekarza,
- uzyskanie fachowej informacji na temat depresji i proponowanej terapii,
- pogłębianie swojej wiedzy, z rzetelnych źródeł, na temat depresji, szczególnie depresji dorastającej młodzieży,
- ścisła współpraca z terapeutami (lekarzem i psychologiem),
- wspieranie dziecka we wszystkich działaniach,
- zachęcanie dziecka do regularnego uczęszczania do lekarza i przyjmowania leków,

- bycie dla dziecka wyrozumiałym, pomimo że codzienne funkcjonowanie z nastolatkiem cierpiącym na depresję może być wyczerpujące,
- zachęcanie dziecka do aktywności towarzyskiej, do spotkań z przyjaciółmi, uczęszczania na ciekawe dla niego zajęcia dodatkowe, czy kółka zainteresowania.

Wybrane aspekty diagnostyki i terapii depresji u młodzieży

Diagnostyka depresji u młodzieży opiera się przede wszystkim na dokładnym, pełnym wywiadzie, badaniu fizykalnym oraz badaniu stanu psychicznego, które powinny wyjaśnić, czy obniżenie nastroju jest wyrazem pierwotnego zaburzenia depresyjnego, czy też jest zaburzeniem wtórnym, nakładającym się na chorobę somatyczną, wynikiem używania substancji psychoaktywnych, czy też innym schorzeniem psychicznym [28]. Powinna być także dokonana szczegółowa analiza medyczna i psychospołeczna historii medycznej pacjenta [28].

Należy bardzo dokładnie przeprowadzić wywiad rodzinny, uwzględniający występowanie chorób psychicznych [28]. Pacjenta powinno zapytać się o objawy depresji, a w szczególności o wyobrażenia samobójstwa i jego zainteresowanie kwestiami związanymi ze śmiercią, o ocenę osiągnięć szkolnych (poszukiwanie oznak obniżenia wyników w nauce, nadmiernej absencji lub opuszczania pojedynczych lekcji), o zmiany zachowań związanych z pracą lub innymi działaniami pozaszkolnymi, jak również o zmiany w rodzinie (np. separacja, rozwód, poważna choroba, utrata pracy przez rodzica, niedawne przeniesienie do nowej szkoły, intensyfikacja kłótni lub poważnych awantur z rodzicami albo też śmierć bliskiego krewnego), o to czy nadal ma tę samą grupę przyjaciół, czy zmienił ją na inną [28]. Należy zapytać o potencjalną przemoc fizyczną lub seksualną w rodzinie pacjenta, czy używa narkotyki, spożywa alkohol, czy ma/miał konflikty z policją, o jego aktywność seksualną, ucieczki z domu, niezwykle gwałtowne lub buntownicze zachowania oraz radykalne zmiany osobowości [28].

Wśród problemów medycznych związanych z zaburzeniami afektywnymi należy zwrócić uwagę na [29]: zaburzenia odżywiania, organiczne choroby ośrodkowego układu nerwowego (nowotwory, zmiany naczyniowe, wewnętrzne urazy głowy i krwiaki podtwardówkowe), zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne (niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, zespół Cushinga, choroba Wilsona, układowy liszaj rumieniowy, zakażenia (mononukleozą zakaźną lub kiłą), wypadanie płatków zastawki

mitralnej, używanie narkotyków i dopalaczy, nadmierne spożycie kofeiny, przyjmowanie tabletek antykoncepcyjnych, leków przeciwdrgawkowych oraz beta-blokerów.

W celu wykluczenia choroby organicznej wskazane jest wykonanie pewnych rutynowych badań laboratoryjnych, takich jak [29]: pełnej morfologii krwi i OB., analizy moczu, poziomu elektrolitów w osoczu, azotu mocznikowego we krwi, wapnia w osoczu, tyroksyny i hormonu tyreotropowego (*Thyroid-Stimulating Hormone* – TSH) enzymy wątrobowe oraz badań laboratoryjnych na obecność chorób przenoszonych drogą płciową.

Sass i wsp. [29] zwracają jednak uwagę, iż takie markery metaboliczne jak np. nieprawidłowe wydzielanie kortyzolu, hormonu wzrostu oraz hormonu tyreotropowego, są bardzo przydatne przy potwierdzeniu poważnej depresji u dorosłych, lecz u młodzieży te markery biologiczne są mniej wiarygodne.

Leczenie nefarmakologiczne depresji obejmuje [10]:

1. psychoedukację – dostarczenie zarówno dziecku, jak i rodzicom informacji na temat objawów i przyczyn depresji, metod jej leczenia, objawów niepożądanych w trakcie terapii oraz sposobów postępowania w sytuacji nawrotu,
2. psychoterapię:
 - indywidualną,
 - grupową – zalecana w przypadku dzieci i nastolatków doświadczających trudności w funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej i mających tendencje do wycofywania się z relacji koleżeńskich
 - rodzinną, która to odgrywa rolę szczególną ze względu na specyfikę funkcjonowania systemu rodzinnego pacjenta z problemem psychicznym, ponieważ każda dysfunkcja rodziny może przyczynić się do umocnienia objawów chorego na depresję dziecka, a także wpływa na relacje i funkcjonowanie pozostałych członków rodziny.

Skuteczną formą psychoterapii zaburzeń nastroju jest, za Rabe-Jabłońska [26] terapia behawioralna, a w przypadku młodzieży terapia behawioralno-poznawcza (*cognitive behavioral therapy* – CBT). CBT opiera się na założeniu, że „*emocje i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że zmiana w obszarze myślenia może poprawić komfort psychiczny i wpłynąć na lepsze funkcjonowanie pacjenta*” [10].

Farmakoterapię powinno się rozważyć, gdy nasilenie objawów powoduje utrudnienie dziecku codziennego funkcjonowania, a same oddziaływania terapeutycznie nie przynosi zadowalających efektów, jednakże stosowanie leków powinno być metodą uzupełniającą dla psychoterapii, a nie odwrotnie [10].

W literaturze przedmiotu [10] podkreśla się, iż za sytuację, w których leczenie farmakologiczne jest konieczne uważa się depresję:

- o bardzo dużym nasileniu objawów, które uniemożliwiają rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych,
- w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej,
- z objawami psychotycznymi.

Z reguły, za Kalinowska [10], u dzieci i młodzieży, stosuje się leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, dobrze tolerowane, z niezbyt nasilonymi działaniami niepożądanymi (nudności, bóle brzucha, biegunka, bóle głowy, zaburzenia snu lub senność, suchość w ustach), które ustępują po kilku, kilkunastu dniach leczenia.

W opinii Sass i wsp. [29], lekarz pierwszego kontaktu może udzielić porady nastolatkom i ich rodzicom, w przypadku, gdy depresja jest lekka lub gdy jest wynikiem konkretnego zdarzenia, a pacjent nie przejawia chęci popełnienia samobójstwa lub podjęcia innych zagrażających życiu działań. W innych przypadkach, gdy lekarz ma do czynienia z potwierdzonym, długotrwałym zaburzeniem depresyjnym, myśleniem psychotycznym lub myślami samobójczymi, albo też nie czuje się kompetentny do udzielania porad, powinien skierować pacjenta do psychologa lub psychiatry [29,30]. Porada w przypadku depresji obejmuje przede wszystkim nawiązanie oraz podtrzymanie pozytywnych, wspierających relacji z pacjentem, w tym [29]:

- spotykanie się z pacjentem co najmniej raz w tygodniu,
- zapewnienie pacjentowi możliwości kontaktu przez 24 godziny na dobę,
- zachęcanie pacjenta do otwartego wyrażania emocji,
- zdefiniowanie problemu pacjenta i objaśnianie pacjentowi natury jego negatywnych odczuć, myśli i oczekiwań,
- określenie realistycznych celów,
- pomoc w rozwiązywaniu kryzysów interpersonalnych,
- uczenie asertywności i umiejętności społecznych,

- dokonywanie oceny nasilenia depresji w momencie jej wystąpienia oraz wyczulenie na możliwość prób samobójczych.

Hodgman i Pesz [30] podkreślają, że stosowanie leczenia farmakologicznego depresji wymaga licznych wizyt kontrolnych. Za lepiej przebadany i powszechnie akceptowany lek w terapii depresji uważają Fluoksetynę, którą leczenie należy rozpocząć w dawce 5-10 mg u dzieci i 10-20 mg u starszych nastolatków. Lek należy podać rano; zwiększyć dawkę, jeżeli po 3-4 tyg. nie ma efektu. Wizyty powinna odbywać się co tydzień, celem oceny działań niepożądanych [30]. Nie zalecają natomiast stosowania trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych ze względu na bloki przewodzenia oraz ryzyko popełnienia samobójstwa w razie przedawkowania [30]. Wenflaksyna zdaniem powyższych autorów [30] może być bardziej skuteczna przy współistnieniu ADHD. Uważają też, że może być wskazane zastosowanie leczenia dodatkowego w postaci litu, lewotyroksyny lub drugiego leku przeciwdepresyjnego, czy też elektrowstrząsów, a w przypadku sezonowych zaburzeń depresyjnych – terapii światłem [30].

W literaturze [30] nie ma jednolitej opinii odnośnie czasu trwania leczenia. Uważa się, że przy dobrej odpowiedzi na leczenie po 6-8 miesiącach można dokonać próby odstawienia leków, ale także wielu lekarzy zaleca leczenie przez rok. W momencie odstawienia leczenia chory powinien znaleźć się pod ścisłą obserwacją/kontrolą, ponieważ nawrót depresji może być odsunięty w czasie, o czym pacjent oraz jego rodzina muszą być poinformowani [30].

Leczenie uzupełniające i alternatywne depresji obejmuje wzmożenie aktywności fizycznej (co najmniej 30 min aerobiku dziennie), wsparcia kontaktów społecznych, zalecenie uprawiania czynności sprawiających przyjemność oraz wyrobienie poczucia potrzeby prowadzenia regularnego rytmu dnia (głównie pory spania) [30].

Wskazana jest regularna kontrola u lekarza, a terminy wizyt powinny być ustalone z góry [30]. Rodzina i pacjent, aby uniknąć wrażenia „porzucenia”, powinni otrzymywać ciągle wsparcie od lekarza pierwszego kontaktu, także po skierowaniu ich do specjalisty, zwłaszcza do momentu uzyskania odpowiedzi na leczenie [30].

Należy także pamiętać, iż elementem każdej skutecznej terapii, jest edukacja pacjenta i jego rodziny, w tym przypadku w zakresie aktualnych koncepcji na temat przyczyn depresji oraz metod jej leczenia [30].

Rola pielęgniarki szkolnej w edukacji pacjenta zagrożonego depresją

W opinii Obuchowskiej [31] młodzież często zamyka się w sobie, buntuje się, staje się psychicznie nie dostępna, a powyższe problemy mogą być wyrazem poszukiwania przez nią własnej tożsamości i rozwoju swoistej „niezgody na realny świat”.

Warto w tym miejscu podkreślić, iż młodzież dorastająca jest świetnym obserwatorem świata. Młodzi ludzie poszukują racjonalnych wyjaśnień, rozwijają abstrakcyjne myślenie, planują swoją przyszłość, mają marzenia i w momencie kiedy w realizacji tych zamierzeń wkracza choroba, z reguły pojawia się młodzieńcza depresja.

Według Klimaszewskiej i wsp. [32], edukację chorych na depresję dzieli się na dwa etapy:

- W pierwszym z nich należy wyjaśnić istotę depresji, wytłumaczyć choremu i jego rodzinie: jakie są przyczyny depresji, w jaki sposób się ona objawia, jakie niebezpieczeństwa niesie za sobą oraz jakie mogą być konsekwencje nie leczonej depresji. W tym etapie istotne jest zwrócenie uwagi na umiejętność samoobserwacji.
- W drugim etapie edukacji zwraca się szczególną uwagę na sferę psychiczną oraz społeczną pacjentów. Ten etap edukacji przeprowadza się dwufazowo (fazy sfery psychicznej i społecznej). Do sfery psychicznej zalicza się: wyedukowanie pacjenta i jego rodziny, uaktywnienie rodziny do wspierania chorego w jego chorobie i życiu codziennym, zwrócenie szczególnej uwagi na umiejętność asertywnego zachowania się w życiu osobistym, wytłumaczenie pacjentowi, że nadal jest tą samą osobą, a choroba nie zmieniła i nie naruszyła jego osobowości w żaden sposób. Do sfery społecznej zalicza się: wytłumaczenie pacjentowi i jego rodzinie konieczności pełnego i takiego samego jak przed zachorowaniem, uczestnictwa chorego w życiu społecznym i rodzinnym, przeprowadzenie rozmowy z rodziną chorego o konieczności autentycznego i szczerego stosunku do pacjenta oraz potrzebie poświęcania czasu na rozmowę z nim oraz wyedukowanie rodziny pacjenta pod kątem komunikacji niewerbalnej, aby potrafili prawidłowo interpretować zachowania pacjenta.

Po przeprowadzonej edukacji należy poprosić chorego ucznia i jego rodzinę o wypełnienie ankiety, która ma sprawdzić ich poziom wiedzy na temat choroby, sposobów postępowania, samoobserwacji, samokontroli i ocenić ich postawę wobec choroby, z jaką się zetknęli.

Wolańczyk i wsp. [33] zwracają uwagę, że do każdego chorego człowieka należy podchodzić indywidualnie, a zawodowa postawa pielęgniarki wymaga od niej dużej otwartości, wrażliwości, empatii i taktu. Okazanie akceptacji i zainteresowania problemami pacjentów skutkuje większą ich otwartością i zaufaniem, a co za tym idzie – lepszą współpracą. W ciężkich stanach depresyjnych niezwykle przydatne są „matczyne” atrybuty pielęgniarki, takie jak: uspokajanie, pocieszanie, uśmierzanie, gotowość przyjścia z pomocą. Na uwagę zasługuje także to, aby podjąć umiejętną komunikację chorego w procesie pielęgnowania, edukacji, diagnozowania, dzięki czemu możliwe będzie złagodzenie stresu związanego z chorobą oraz budowanie wzajemnego zaufania.

Za zasady idealnej komunikacji uznaje się:

- poznanie samego siebie – pielęgniarka musi mieć jasny przekaz i świadomość własnych celów, zamierzeń, cech, preferencji, temperamentu – aby zrozumieć innych, należy zrozumieć siebie,
- uwzględnianie chwiejności uwagi rozmówcy – nikt nie jest w stanie odebrać wszystkich przekazów bez względu na to co w jaki sposób się mówi. Należy również unikać przeładowania informacji i pamiętać o zmienności uwagi słuchacza, selektywności i możliwości przekręcania sensu usłyszanych wypowiedzi,
- liczenie się z uczuciami drugiej osoby, zwracając uwagę na stan psychiczny i kondycję emocjonalną słuchacza,
- uchwycenie, zrozumienie sensu całej wypowiedzi osoby chorej, a nie poszczególnych jej fragmentów. Zasadniczym błędem jest wrywanie poszczególnych fragmentów przekazu z kontekstu oraz zwracanie przesadnej uwagi na sposób wypowiedzi,
- pielęgniarka powinna mówić w sposób jasny, rzeczowy unikać długich, złożonych zdań, nie tracąc przy tym na efektywności komunikacji,
- wspieranie się komunikacją niewerbalną – należy zwrócić szczególną uwagę na spójność komunikacji werbalnej i pozasłownej tak, aby unikać sprzecznych lub niejasnych komunikatów.

Bernat [34] natomiast uważa, że pielęgniarka szkolna powinna umieć ocenić stan zdrowia młodego człowieka, wykrywać czynniki niebezpieczne dla zdrowia w środowisku szkolnym, pomagać w cierpieniu i chronić przed nim oraz dbać o dobre samopoczucie psychiczne, społeczne, szanować godność chorego i zapewnić mu bezpieczeństwo.

Warto również, za Obuchowska [31] zauważyć, że pielęgniarka szkolna powinna stanowić jeden z podstawowych elementów warunkujących skuteczną realizację promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Zgodnie z nową podstawą programową kształcenia ogólnego, to jej bowiem przypada rola głównego realizatora szkolnej edukacji zdrowotnej. Znajomość problematyki funkcjonowania ucznia chorego w szkole jest istotna zarówno dla nauczyciela, jak i rodzica i pielęgniarki szkolnej. Pielęgniarka szkolna powinna więc pełnić rolę doradcy zdrowotnego dla uczniów i ich rodziców, pracować zarówno z podopiecznymi zdrowymi, jak i z uczniami dotkniętymi chorobą [31].

Podobnego zdania są i inni autorzy Bogusz i wsp. [35], Cieślik i Słopecka [36] oraz Woźniak [37], którzy uważają, że pielęgniarka, wraz z personelem szkoły najlepiej z psychologiem szkolnym, powinna uczestniczyć w tworzeniu indywidualnych planów edukacyjnych i planów edukacji prozdrowotnej, wspierać chorą młodzież i edukować, a także tworzyć efektywny system wsparcia pomiędzy uczniami, rodzinami, nauczycielami.

Wyróżnia trzy obszary działań pielęgniarki szkolnej w ramach edukacji zdrowotnej ucznia, uważa że powinny one być [35,36,37]:

- zorientowane na jednostkę (podopiecznego),
- zorientowanie na grupę uczniów z problemami zdrowotnymi oraz związane z działaniami danej placówki,
- nieustanne nastawienie na edukację zdrowotną we wszelkich kontaktach z uczniami i ich rodzicami.

Wolańczyk i wsp.[33] również podkreślają, że nauczyciele, mogą dostarczyć cennych wiadomości dotyczących zachowania uczniów w klasie, podczas przerwy, wyrazić opinię na temat możliwości poznawczych młodzieży, wskazać na trudności pojawiające się podczas ich funkcjonowania w szkole, opisać relacje z rówieśnikami. W związku z powyższym istnieje potrzeba, aby w tym procesie uczestniczyli wszyscy członkowie (nauczyciele, psycholog szkolny, rodzice), a nie tylko pielęgniarka oraz aby i oni mogli wypracować jak najlepsze metody opieki i wsparcia nad chorym uczniem [33].

Łukasik i wsp. [37,38] zwracają uwagę na fakt, iż zadania pielęgniarki szkolnej są zapisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, które mówią między innymi, że pielęgniarka szkolna jest zobowiązana do wykonywania i interpretowania testów przesiewowych, czynnego

poradnictwa dla uczniów z problemami zdrowotnymi oraz opieki nad uczniami przewlekle chorymi.

Podsumowanie

*Kto wie, czy rano nie występuje najgorszy rodzaj depresji,
polegającej na całkowitym odrzuceniu tego, co ma się dopiero stać.
Nie budzimy się, nie wstajemy, nie podejmujemy starań o dobry dzień.
Sylvia Chutnik– Kieszonkowy atlas kobiet.*

Zdaniem Piechny [39] utrzymywano, że depresja występuje tylko u dorosłych, po okresie dojrzewania, ale psychiatrzy podkreślają, iż obecnie dotyczy także dzieci i młodzieży, tylko może się nieco inaczej przejawiać.

Szacuje się [cyt. za 39], że około 900. tysięcy młodych ludzi (co dziesiąty) potrzebuje w Polsce pomocy specjalistów ze względu na problemy emocjonalne, przy czym do 14 r.ż. są to głównie zaburzenia lękowe oraz zachowania typowe dla depresji młodzieńczej, od 14 roku życia – objawy coraz bardziej przypominają depresję człowieka dorosłego, a około 16 r.ż. – pojawiają się już epizody dużej depresji.

Raport WHO [cyt. za 40] podkreśla, że depresja jest głównym powodem występowania chorób i niepełnosprawności u dorastających dziewczyn i chłopców w wieku 10-19 lat, a samobójstwo jest na trzecim miejscu wśród przyczyn zgonów [40].

Flavia Bustreo, wicedyrektor WHO ds. zdrowia rodziny, kobiet <http://dzieci.pl> [cyt. za 40] podkreśla iż „Świat nie poświęcał dotąd dość uwagi zdrowiu młodych ludzi. Mamy nadzieję, że ten raport to zmieni (...) okres dorastania jest ważnym etapem w rozwoju człowieka, bo to wtedy można kłaść fundamenty pod zdrowe życie”.

W związku z tym bardzo istotne wydaje się zachęcanie młodych ludzi do rozwijania nawyków prozdrowotnych, a także ocena skali zagrożenia depresją w tej grupie.

Bibliografia

1. Mojs E., Bartkowska W., Kaczmarek Ł.D. i wsp.: Właściwości psychomotoryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale) – pomiar depresji w grupie studentów. *Psychiat. Pol.*, 2015; 49, 135-144.
2. Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J.: Depresja - czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia? *Psychiatria*, 2014;11, 141-147.
3. Święcicki Ł.: Depresja – Zwykła Choroba? Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010.
4. Repelewicz C. – Depresja–chorobaduszyciała. <http://centrumpsychoterapii.eu/uploads/pdf/depresja.pdf> (data pobrania 12.11.2015)
5. Mathers C., Loncar D.: Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.*, 2006; 3, e442.
6. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
7. Katon W.: The epidemiology of depression in medical care. *Int. J. Psychiatry Med.*, 1987; 17: 93-112.
8. Wojnar M., Drózd W., Araszkiewicz A. i wsp.: Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2002; 2,187-198.
9. Łoza B., Parnowski T.: Nowa depresja. Nowe leczenie, 2012; 56-58.
10. Kalinowska S., Nitsh K., Duda P., i wsp.: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia, *Ann. Acad. Med. Stetin.*,2013; 59, 32–36.
11. Jellinek M.S., Snyder J.B.: Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr. Rev.*, 1998; 19, 255–264.
12. Birmaher B., Brent D., Bernet W., Bukstein O., Walter H.: Practice parameters for the assessment and treatment of children and dolescents with depressive disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1998; 37 (Suppl. 10), 63S–82S.
13. Lewinsohn P.M., Hops H., Roberts R.E., et al.: Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J. Abnorm., Psychol.* 1993; 102. 133–144.

14. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E. et al.: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 1996; 35, 1427–1439.
15. Richardson L.P., Katzenellenbogen R.: Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care*, 2005; 35, 6–24.
16. Puri B.K., Treasaden I.H., Rybakowski J., Rybakowski F.: Zaburzenia Nastroju (afektywne), samobójstwa i parasamobójstwa [w:] *Psychiatria. Podręcznik dla Studentów*. Puri B.K., Treasaden I.H., Rybakowski J., Rybakowski F (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014; 168-174.
17. Greszta E.: Rodzinne czynniki ryzyka rozwoju depresji u dorastających. *Psychiatr. Pol.*, 2006; 4, 719–730.
18. Rybakowski J., Jaracz J: Leksykon manii i depresji [w:] *Leksykon manii i depresji*. Rybakowski J., Jaracz J (red.), Wyd. Medyczne, Poznań 2010; 34.
19. Kaczorowski B. (red.): *Encyklopedia PWN*. Wyd. PWN, 2006.
20. Namysłowska I.: Zaburzenia Psychiczne Okresu Dorastania. [w:] *Pediatrics 2*, Kawalec W., Grenda R., Ziółkowska H. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 815.
21. Carr A., Rybski J.: Depresja [w:] *Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania*. (red.), Carr A., Rybski J (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 12-14.
22. Mosiołek A., Łoza B.: Pozycjonowanie leków przeciwdepresyjnych ze względu na profil kliniczny pacjentów. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny. Review of Clinical Neuropsychiatry*, 2013; 5, 144.
23. Link-Dratkowska E.: Depresja dzieci i młodzieży – podejście poznawczo-behawioralne. *Psychiatria*, 2013; 8, 84–90.
24. Komender J.: *Psychiatria* [w:] *Abc chorób wieku dziecięcego*, Rokicka-Milewska R. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 564 -565.
25. Szymańska J.: Zapobieganie samobójstwom dzieci i młodzieży [w:] *ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji*. Szymańska J (red.), Wydanie III, Warszawa 2012; 5-7.
26. Rabe-Jabłońska J.: Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży [w:] *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Wrocław 2011; 363-379.

27. Casher M.I., Bess J.D.: Pacjenci hospitalizowani z powodu depresji [w:] Pacjent na oddziale psychiatrycznym. Wskazówki praktyczne. Casher M.I., Bess J.D. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2013; 30.
28. Marwick K., Birrell S., Horton-Szar D., Hall J., Sidorowicz S.K.: Pacjent w depresji [w:] Psychiatria. Marwick K., Birrell S., Horton-Szar D., Hall J., Sidorowicz S.K. (red.), Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2014; 64.
29. Sass A.E, Kaplan D.W.: Okres Dojrzewania [w:] Pediatria. Diagnostyka i leczenie. Tom 1: William W. Hay Jr., Myron J. Levin., Judith M. Sondheimer., Robin R. Deterding., Jackowska T (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2011; 123-124.
30. Hodgman Ch. H., Pesz K.: Depresja [w:] Konsultacja Kliniczna W Pediatrii. Lynn C. Garfunkel., Jeffrey M. Kaczorowski., Cynthia Ch., Milanowski A. (red.), Wyd. Partner, Wrocław 2011; 98-99.
31. Obuchowska I.: Pielęgniarka a chore dziecko [w:] Pielęgniarstwo Pediatryczne. Podręcznik dla studentów. Pawlaczyk B (red.),Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 24-25.
32. Klimaszewska K., Bondaruk I., Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kowalczyk K., Jankowiak B., Kondzior D., Baranowska A.: Rola edukacyjna pielęgniarki w zakresie postępowania z chorym na depresję. Probl Hig Epidemiol., 2007; 88, 415-416.
33. Wolańczyk T., Błachno M., Srebnicki T.: Wybrane Zagadnienia Psychiatrii i Psychologii Dziecka [w:] Pediatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Radzikowski A., Banaszkiwicz A. (red.), Wyd. MediPage, Warszawa 2008; 561-562.
34. Bernat K.: Zadania związane z pediatryczną opieką zdrowotną [w:] Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Muscari M.E. (red.), Wyd. Czellej, Lublin 2005; 12-13.
35. Bogusz R., Charzyńska-Gula M.L., Grzesiak A., Gałęziowska E.: Współpraca pielęgniarek szkolnych z nauczycielami wychowania fizycznego w zakresie promocji zdrowia i edukacji. Zdrowotnej. Med. Og i Nauki o Zdr., 2013; 19, Nr4, 413-415.
36. Cieślik A., Słopiecka A.: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym z depresją. Stud. Med., 2012; 28(4), 80-81.
37. Woźniak A.: Zaburzenia depresyjne – rola pielęgniarki w edukacji pacjenta i jego rodziny. Puls Uczelni, 2015(9)1, 25-26.
38. Łukasik R., Pollok-Waksmańska W., Woś H.: Problematyka funkcjonowania dziecka z chorobą przewlekłą w szkole. Probl. Pielęg., 2013; 21, 525-526.

39. Piechna S.: Depresja dzieci i młodzieży <http://ppp.e-sochaczew.pl/media/index.php?pokaz=kontent&idKontent=5298&MediumID=241&sub=4530> (data pobrania 12.11.2015)
40. <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1356,title,WHO-depresja-wsrod-najwiekszych-zagrozen-dla-nastolatkow,wid,16601934,wiadomosc.html?ticaid=115edb> (data pobrania 12.11.2015)

Choroby o podłożu psychicznym – depresja. Postawy młodzieży wobec chorób psychicznych, na przykładzie badań uczniów gimnazjum

Agnieszka Hendo-Milewska¹, Krystyna Zakrzewska¹

¹ – Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

Wprowadzenie

Każdy człowiek doświadcza w życiu smutku oraz zniechęcenia spowodowanego napotkanymi trudnościami. Czasem czuje się bezsilny i traci poczucie sensu tego co robi, a czasem, w rozmowach z najbliższymi, mniej lub bardziej żartobliwie, zaczyna używać sformułowań „mam depresję”. O tej chorobie psychicznej zwanej inaczej chorobą afektywną jednobiegunową, możemy mówić jednak wtedy, gdy „poczucie przygnębienia i bezradności występuje codziennie przez wiele tygodni bez przerwy” [1]. To właśnie czas jej trwania oraz nasilenie objawów odróżnia obniżenie nastroju od poważnej w skutkach choroby psychicznej.

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia aż „350 milionów ludzi na świecie, czyli około 5% całej populacji cierpi na depresję, a każdego roku liczba ta ulega zwiększeniu”. Okazuje się także, „że co 10 Polak cierpi na depresję, a tylko połowa z nich otrzymuje fachową pomoc medyczną. Wynika to najczęściej z niewłaściwie postawionej diagnozy bądź braku chęci uzyskania pomocy przez chorego” [2]. Zgodnie z przewidywaniami Światowej Organizacji Zdrowia do 2020 roku depresja będzie jednym z najpowszechniejszych problemów psychicznych [3]. Około 10% ludzi na świecie przynajmniej raz w życiu zachoruje na depresję [4,5]. Depresja dotyka co trzeciego nastolatka. „Badania wykazują, że między 10 a 13 rokiem życia procent dziewczynek i chłopców cierpiących na depresję jest taki sam i wynosi 9. Jednak w okresie dojrzewania wskaźnik depresji gwałtownie się podwaja w odniesieniu do dziewcząt, podczas gdy u chłopców pozostaje bez zmian. Mając 15 lat dziewczynki są dwa razy bardziej narażone na depresję niż chłopcy” [6,7]. Światowa Organizacja Zdrowia pisze o depresji jako o „globalnym kryzysie” [8,5].

Domniemywać można, że dotknięci chorobą nie rozpoznają u siebie symptomów depresji lub po prostu wstydzą się czy też nie wiedzą jak prosić o pomoc rodzinę czy najbliższe mu osoby.

Początkowo uważano, że depresja dotyka osoby jedynie w późnym wieku dorastania. Obecnie jednak wiadomo, że jej symptomy widoczne są już zarówno u młodzieży jak i nawet u dzieci. Znany psycholog Alan Carr na podstawie przeprowadzonych badań nad częstością występowania depresji wśród adolescentów twierdzi, iż stanowi ona od 2 do 8% populacji [10]. Podobnego zdania są Radziłłowicz, Szadziwska oraz Sulka twierdząc, iż wskaźnik występowania tej choroby waha się od 0,4 do 8,3% [11].

Istota depresji, podstawowe objawy diagnostyczne

Termin „depresja” jest wieloznaczny: w języku codziennym używa się go w odniesieniu do złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii terminem tym określa się szczególnie rodzaj zaburzeń nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej.

Zaburzenia nastroju, smutek, brak aktywności życiowej były znane lekarzom od najdawniejszych czasów. Już obserwacje Hipokratesa wskazywały na to, że miał on do czynienia z ludźmi, którzy borykali się z podobnymi schorzeniami. Wyodrębnił on w swojej typologii m.in. temperament melancholiczny, zaś samą melancholię odniósł do chorobowych zaburzeń nastroju [12]. Termin melancholia został z czasem wyparty przez pojęcie depresja. Mobius w 1893 roku wprowadził dychotomiczny podział depresji na endogenną (organiczną) oraz reaktywną, będącą odpowiedzią osoby na różnego rodzaju sytuacje, które przekraczają jej możliwości radzenia sobie. Ta najprostsza nozologiczna klasyfikacja do dzisiejszego dnia cieszy się dużą popularnością. Depresje reaktywne stanowią zdecydowaną większość wszystkich przypadków. Na obecność zaburzeń depresyjnych mogą wskazywać następujące objawy i cechy:

- wygląd pacjenta,
- uboga mimika, smutny lub napięty wyraz twarzy,
- monotony głos, spowolnione tempo wypowiedzi,
- spowolnione, ociężałe ruchy,

- niepokój ruchowy (częsta zmiana pozycji ciała w czasie siedzenia, manipulowanie palcami rąk).

Najczęstsze skargi zgłaszane przez pacjenta, to:

- poczucie stałego zmęczenia, ociężałości,
- niechęć do pracy, do wykonywania codziennych czynności, nic pacjenta nie cieszy, nie interesuje,
- brak satysfakcji z życia, niechęć do życia,
- gorsza pamięć, trudności ze skupieniem uwagi przy czytaniu bądź oglądaniu telewizji,
- ciągle martwienie się o dzień dzisiejszy, jutrzejszy,
- poczucie wewnętrznego napięcia, niepokoju,
- unikanie kolegów, znajomych,
- płytki sen, wczesne budzenie się,
- rano gorsze samopoczucie,
- brak apetytu, chudnięcie,
- wysychanie błon śluzowych jamy ustnej,
- bóle głowy, różnych grup mięśniowych [13].

Jednak podkreślić należy, że zagadnienie terminologii depresji jest skomplikowane tym bardziej, że smutek i płacz są obecne w życiu na przykład każdego dziecka i nie mogą stanowić podstawy do diagnozowania depresji. Poza tym przy opisie całej grupy zaburzeń emocjonalnych stosuje się także termin „zaburzenie afektu”, ostatnio zaś w diagnostyce mówi się nie o depresji, lecz o „zaburzeniu jednobiegunowym”. Nic dziwnego, że w tym gąszczu terminów trudno się zorientować, o czym mowa.

Ponadto, klasyfikacja zaburzeń depresyjnych przez wiele lat była przedmiotem sporów i często wprowadzano do niej rozmaite modyfikacje. I tak pojawia się pytanie, co zrobić w przypadku osób ze skłonnością do rozpacz i smutku, które często chronicznie cierpią? Problemy tego typu są określane mianem depresji neurotycznej. Można je łatwo odróżnić od pierwszej grupy, gdyż przyczyny, a w pewnej mierze także reakcje chorego, stanowią po prostu wyolbrzymione reakcje każdego z nas na podobne wydarzenia. Klasyfikacja DSM-IV używa do opisu tej grupy objawów – terminu „dystymia”. Brak jest pełnej zgody w tej dziedzinie, jednak nie należy tracić z oczu także innych reakcji emocjonalnych dzieci i młodzieży, które „na pierwszy rzut oka” mogą się wydawać podobne. Typowym przykładem jest charakterystyczna w tym wieku zmienność nastrojów, czasami wpadanie z jednej skrajności w drugą. W niektórych przypadkach trudno odróżnić takie gwałtowne zmiany

nastroju od procesów chorobowych, w których silna depresja występuje na przemian z okresem nadmiernej wesołości (zaburzenie dwubiegunowe). Wprowadzenie rozróżnienia ma jednak istotne znaczenie, gdyż sposób postępowania w obu przypadkach jest krańcowo odmienny.

W dzisiejszych czasach kiedy już coraz bardziej świadomie i otwarcie mówi się o depresji, zaczynamy rozumieć przyczyny powstawania tej choroby. Uważa się, że schorzenie to „towarzyszy zwykle innym zaburzeniom umysłowym, najczęściej stanom niepokoju, wybuchowym zachowaniom, uzależnieniom a także chorobom fizycznym, takim jak cukrzyca” [6]. Szczegółowo ujęte zostały przez A. Carr'a zewnętrzne oraz wewnętrzne (osobiste) czynniki predyspozycyjne dotyczące zachorowań dzieci i młodzieży na depresję. W pierwszej z nich znalazły się czynniki biologiczne: podatność genetyczną, komplikacje życia płodowego, choroby we wczesnym dzieciństwie, wczesne zakażenia i zranienia [1], a także psychologiczne: niska inteligencja, trudny temperament, niskie poczucie własnej wartości, zewnętrzne umiejscowienie źródła kontroli [6]. W drugiej zaś grupie uwzględnił on: relację rodzic – dziecko na wczesnym etapie życia, problemy rodzinne oraz stresy mające miejsce na wczesnym etapie życia. Wśród czynników relacyjnych wymienia się: problemy z przywiązaniem, brak stymulacji intelektualnej, autorytarny restrykcyjny model wychowawczy, pobłażliwe lub bezstresowe wychowanie, zaniedbywanie przez rodziców, koncentracja uwagi rodzicielskiej na porażkach. Do grupy związanej z problemami rodzinnymi należą: psychologiczne problemy rodziców szczególnie depresja, nadużywanie alkoholu i narkomania rodziców, nieporozumienia i przemoc w rodzinie, dezorganizacja życia rodzinnego, do stresów we wczesnym etapie życia należą zaś: osierocenie, separacje, złe traktowanie dzieci, złe warunki społeczne, wychowanie poza rodziną [10].

Kolejnym czynnikiem, którego Carr nie uwzględnił w swoich rozważaniach na temat przyczyn tej choroby są zaburzenia hormonalne. Renata Pióro z Centrum Profilaktyki Społecznej jest zdania że „u ludzi z niedoczynnością tarczycy zaobserwować można wiele cech depresji jednobiegunowej, lecz ich depresja ustępuje zaraz po zażyciu brakującej im tyroksyny. Wielu badaczy twierdzi, że od 10 do 15 procent cierpiących na depresję to przypadki niezdiagnozowanej niedoczynności tego gruczołu. Ta sama zasada dotyczy mężczyzn, których jądra produkują niewystarczające ilości testosteronu” [1]. Zagrożeniem dla organizmu stać się może również zbyt długie doświadczanie sytuacji stresowych, gdyż produkuje on wówczas nadmierną ilość kortyzolu – hormonu prowadzącego do wyczerpania zasobów energetycznych, zaburzającego sen oraz osłabiającego układ odpornościowy [11].

Obraz kliniczny depresji

Próbując systematyzować kwestie związane z terminologią i objawami depresji, literatura psychologiczna i psychiatryczna podkreśla, że w depresji występują cztery grupy symptomów: emocjonalne, poznawcze, motywacyjne, somatyczne.

Najłatwiej dostrzegalnym symptomem emocjonalnym jest smutek. Uczucie smutku przepelnia życie osób depresyjnych w takim stopniu, że w skrajnych przypadkach trudno nawiązać z nimi kontakt (co istotnie wpływa na trudności w terapii). Oprócz smutku widoczne jest także obniżenie nastroju, negatywne nastawienie wobec siebie, niechęć do innych ludzi, płaczliwość czy też utrata poczucia humoru, brak satysfakcji z czegokolwiek, utrata zainteresowania swoimi wcześniejszymi hobby. Osoby depresyjne stają się coraz bardziej samotne, gdyż oddalają się od swoich bliskich, przyjaciół, co z kolei wpływa zwrótnie, pogarszając jeszcze bardziej samopoczucie. W ten sposób zamyka się koło, które w konsekwencji często prowadzi osoby z depresją do myśli, a nierzadko również prób samobójczych.

Specyficzne nastawienie poznawcze oznacza spadek poczucia własnej wartości, brak planów na przyszłość a niezdecydowanie przyczynia się do kształtowania niskiej samooceny. Osoby depresyjne zazwyczaj twierdzą, że są niekompetentne i niczego nie potrafią. Wszystkie porażki, jakie im się zdarzają są skłonne przypisać sobie, a wszelkie sukcesy przypisują okolicznościom zewnętrznym, innym ludziom itp. Taki sposób myślenia powoduje, że zanim jeszcze podejmą jakiegokolwiek czynności, są z góry przekonane o tym, że ich starania będą skazane na niepowodzenie.

Symptomy motywacyjne wskazujące na postawę bierno-zależną, izolowaniem się od społeczeństwa, „zamykaniem się w sobie”, objawiają się trudnościami w podejmowaniu ostatecznej decyzji, ponieważ każda wydaje się być kwestią życia i śmierci. Problemy z mobilizacją sprawiają, że osoby z depresją nie mają motywacji, aby wstać rano z łóżka. W ostrej postaci schorzenia może dochodzić do spowolnienia psychoruchowego, co objawia się zwolnieniem tempa ruchów, pojawiają się wówczas problemy z poruszaniem oraz mówieniem.

Najbardziej zauważalna jest grupa symptomów somatycznych, gdyż zmienia się cały obraz fizyczny osoby. Utrata apetytu, a co za tym idzie spadek wagi, zaburzenia snu, spadek łaknienia bóle fizyczne oraz brak zainteresowania seksualnego [20]. Osoba depresyjna ma

„zamrożone ciało”, nie kontaktuje się ze swoimi uczuciami, nie odpowiada na wydarzenia zachodzące w otoczeniu, ma trudności z formowaniem impulsów [21]. Wszystkie radości życia zaczynają gasnąć, trudno odnaleźć cokolwiek, co mogłoby sprawić przyjemność.

Do kryteriów przydatnych w różnicowaniu stanów przygnębienia, których człowiek zdrowy doświadcza w życiu wielokrotnie i prawdziwych stanów depresyjnych należy wiele szczególnych cech depresji jako zjawiska chorobowego (obraz kliniczny): czas utrzymywania się zaburzeń, skuteczność farmakoterapii, wpływ na funkcjonowanie w życiu codziennym oraz w pracy.

Według Debattista [22] czynniki wewnętrzne i zewnętrzne łączą się w różnym stopniu w konkretnym przypadku depresji i wywołują samonapędzającą się sekwencję czynników, na przykład: niesprzyjające warunki środowiskowe + predyspozycja biologiczna —► wycofanie się z kontaktów społecznych + obniżona zdolność przetwarzania informacji —► nieprawidłowe zachowania społeczne + poczucie winy i samoobwinianie się —► dalsze deprecjonowanie siebie + wycofanie się z życia społecznego —► dalsze zmiany biologiczne ułatwiające wystąpienie depresji —► depresja.

W przebiegu choroby nie muszą występować wszystkie cztery grupy symptomów. Psychiatryczna diagnoza depresji, (DSM-IV) według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego ukazuje typowe objawy, które muszą występować przez określony czas i wyraźnie utrudniać funkcjonowanie chorego. Utrzymywanie się symptomów i to, czy utrudniają życie człowieka, stanowi o różnicy pomiędzy zaburzeniem a syndromem depresyjnym.

Zaburzenia depresyjne według DSM[6]:

A. Pięć (lub więcej) poniższych symptomów, występujących w czasie tych samych dwóch tygodni oraz stanowiących zmianę w stosunku do poprzedniego funkcjonowania; co najmniej jeden z symptomów stanowi obniżenie nastroju albo utrata zainteresowań lub zdolności odczuwania przyjemności

- depresyjny nastrój przez większość dnia występuje prawie codziennie, według subiektywnych relacji (np. czuje smutek i pustkę) lub zaobserwowany przez innych (np. płacz). U dzieci może występować rozdrażnienie, drażliwość, wyraźne zmniejszenie zainteresowań i zdolności odczuwania przyjemności we wszystkich prawie lub prawie wszystkich obszarach aktywności, występując przez

prawie cały dzień, prawie codziennie (zarówno odczuwane subiektywnie jak i zaobserwowane przez innych),

- znaczny spadek wagi, mimo niestosowania diety lub przyrost wagi (zmiana większa niż 5% miesięcznie), albo wzrost lub spadek apetytu występujący prawie codziennie. U dzieci należy wziąć pod uwagę brak spodziewanego przybrania na wadze,
- bezsenność lub nadmierna potrzeba snu, występująca prawie codziennie,
- pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe występujące prawie codziennie (zaobserwowane przez innych),
- zmęczenie lub utrata energii występująca prawie codziennie,
- poczucie bezwartościowości lub poczucie nadmiernej albo nieuzasadnionej winy (które może być urojeniowe),
- zmniejszona zdolność myślenia lub koncentracji uwagi, niezdecydowanie,
- nawracające myśli o śmierci (a nie tylko lęk przed śmiercią), nawracające myśli samobójcze bez szczegółowego planu albo próby samobójcze lub szczegółowe planowanie popełnienia samobójstwa.

B. symptomy nie spełniają kryteriów epizodu mieszanego (np. nie świadczą o manii)

C. symptomy powodują klinicznie znaczące cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub dotyczącego obszaru funkcjonowania

D. symptomy nie są spowodowane bezpośrednimi skutkami substancji psychoaktywnych (np. zażywaniem leków, narkotyków) lub ogólnym stanem medycznym (np. niedoczynność tarczycy)

E. symptomy nie dają się wyjaśnić żałobą (np. po utracie ukochanej osoby), symptomy utrzymują się przez ponad 2 miesiące lub charakteryzują się znacznym pogorszeniem funkcjonowania, chorobliwym zaabsorbowaniem, poczuciem bezwartościowości, występują myśli samobójcze, objawy psychotyczne lub spowolnienie ruchowe [23].

Zaburzenia depresyjne według ICD-10 :

F 32.0 Epizod depresji łagodny

A. spełnione ogólne kryteria epizodu depresyjnego (F 32)

B. występują co najmniej dwa z następujących trzech objawów:

- nastrój obniżony w stopniu wyraźnie nieprawidłowym dla danej osoby, utrzymujący się przez większość dnia i prawie każdego dnia, w zasadzie niepodlegający wpływowi wydarzeń zewnętrznych i utrzymujący się przez co najmniej 2 tygodnie,
- utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności, które zwykle sprawiają przyjemność,
- zmniejszona energia lub zwiększona męczliwość.

C. dodatkowo występują objawy lub objaw z listy dopełniając łączną listę objawów do co najmniej czterech:

- spadek zaufania lub szacunku do siebie,
- nieracjonalne poczucie wyrzutów sumienia lub nadmiernej nieuzasadnionej winy,
- nawracające myśli o śmierci lub samobójstwie, albo jakiegokolwiek zachowania samobójcze,
- skargi na zmniejszoną zdolność myślenia lub skupienia się, albo jej przejawy, takie jak niezdecydowanie lub wahanie sięganie,
- zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, w postaci pobudzenia lub zahamowanie (zauważalne subiektywnie lub obiektywnie),
- zaburzenia snu wszelkiego typu,
- zmiany łaknienia (wzrost lub spadek wagi) wraz z odpowiednią zmianą wagi

Natomiast w psychologii można wyróżnić następujące kategorie depresji[25]:

- depresja jednobiegunowa charakteryzująca się stałym smutnym nastrojem i niezdolnością do odczuwania przyjemności,
- dystymia jest łagodniejszą postacią przedłużającej się depresji; nieleczona trwa przez wiele lat, zwykle zaczyna się w dzieciństwie lub wczesnej młodości,
- podwójna depresja – to połączenie poważnej depresji i dystymii,
- zaburzenie adaptacyjne z obniżeniem nastroju jest zazwyczaj reakcją na konkretną sytuację życiową; stratę, rozwód, śmierć; przyzwyczajanie do straty, zajmuje wówczas więcej czasu niż normalnie i zakłóca czynności życiowe dziecka; jest najpowszechniejszą diagnozą stawianą w wypadku, gdy dziecko ma do czynienia z czynnikiem wywołującym silny stres lub inną trudną sytuacją życiową,
- depresja dwubiegunowa (znana inaczej jako depresja maniackalna) jest to bardzo poważne schorzenie, które cechują stany depresyjne przeplatane dziwnymi gwałtownymi stanami maniackalnymi (poirytowanie, wybuchowość, tzw.

nadaktywność maniakalna); może pojawić się w skutek zażywania leków, ale głównie ma podłoże genetyczne; nastolatek może się miotać między stanami smutku a przyływem nadmiernej energii; stany te mogą się pojawiać kilka razy dziennie lub kilka razy w roku,

- zespół napięcia przedmiesiączkowego (zwany inaczej przedmiesiączkową depresją) związany jest z łagodniejszymi zaburzeniami, ma podłoże hormonalne, możliwość występowania tego stanu: raz na miesiąc, u dziewcząt przed spodziewaną miesiączką,
- sezonowe zaburzenia afektywne (SAD), zależne są od miejsca zamieszkania osób na kuli ziemskiej; występuje głównie na północy, gdzie zimy są długie a dni krótkie lub w sezonie jesienno-zimowym a ustępuje w wiosenno-letnim. Obniżony nastrój w tym przypadku spowodowany jest niewystarczającą ilością światła słonecznego; leczenie polega na przebywaniu w pomieszczeniach, gdzie imituje się światło słoneczne,
- cyklotymia to łagodna postać depresji dwubiegunowej; nastolatek przez krótki czas jest w dobrym nastroju, następnie popada w gorszy nastrój lub łagodniejszą depresję; ma podłoże biochemiczne,
- zaburzenia nastroju będące skutkiem zażywania leków jest bezpośrednim skutkiem zażywania zarówno leków przepisanych przez lekarza jak i nielegalnych narkotyków; zalecane leczenie: wykluczenie podania farmaceutyków; możemy mieć tu do czynienia z postacią depresyjną lub maniakalną.

Syndrom depresji jest to zespół objawów, do których należy obniżenie nastroju, skłonność do płaczu, rozdrażnienie, brak apetytu, zaburzenia snu, trudności z koncentracją uwagi i brak energii. O syndromie depresyjnym możemy mówić wówczas, gdy człowiek sprawia wrażenie zasmuconego i zrozpaczonego, czemu towarzyszy negatywny sposób myślenia i zachowanie sygnalizujące utratę zainteresowania życiem i braku koncentracji. Zdaniem niektórych specjalistów ważnym objawem jest także całkowita utrata radości z życia (ahedonia).

Poza znaczącymi różnicami dotyczącymi oznak każdej z wyżej wymienionych rodzajów depresji widzimy, że może mieć ona podłoże genetyczne, hormonalne lub być stymulowana przez bodźce płynące ze środowiska. Odmienne powinno być więc postępowanie w przypadku jej leczenia. Dlatego też do każdego pacjenta należy podejść indywidualnie, rozważając bardzo szczegółowo sytuację, w której się znajduje oraz próbując określić moment w którym pojawiły się pierwsze jej objawy. Leczenie zaburzeń depresyjnych może obejmować zarówno oddziaływanie psychoterapeutyczne, farmakologiczne jak i psychoedukację pacjentów i ich rodzin. Oddziaływanie nefarmakologiczne stosuje się

wówczas, gdy nasilenie objawów jest nieznaczne, a jakość funkcjonowania pacjenta pozostaje niezaburzona. W pozostałych przypadkach konieczne jest włączenie leków, co nadal budzi kontrowersje [26]. Wybrane trzy nurty psychologii: psychoanaliza, psychologia poznawczo-behawioralna oraz humanistyczna wypracowały własne koncepcje powstawania depresji. Wraz z pojawieniem się różnych modeli opisujących i wyjaśniających zaburzenie, formowały się kolejne szkoły oraz techniki oddziaływań terapeutycznych.

Psychoanalityczna koncepcja genezy depresji

Niezwykle ważną osobą, która rozpoczęła rozważania w obszarze genezy depresji w psychoanalitycznej koncepcji był Abraham, który wskazał na istotną rolę dziecięcego narcyzmu oraz na problem niewłaściwie przepracowanego kompleksu Edypa. Sugeruje on, że podczas rozwoju osobowości u osób z depresją zachodzi fiksacja libido na poziomie oralnym lub analnym, w związku z czym następuje regresja w rozwoju [27]. Rozważania te zostały w kolejnych latach uzupełnione, otóż okazało się, że kluczową rolę w genezie depresji odgrywają niezaspokojone potrzeby emocjonalne z okresu dzieciństwa. Freud stwierdził, że depresyjna osoba kieruje na siebie stłumiony gniew wywołany poczuciem zawodu w relacji z ważną osobą, w związku z tym zauważył i podkreślał w swoich rozważaniach ważną potrzebę wsparcia emocjonalnego, co miało wpływ na późniejsze rozważania, w których na czołowy plan wysunęły się problemy utraty szacunku dla własnej osoby oraz poczucie winy [28].

Współczesne podejście psychoanalityczne oraz dzisiejsza psychoterapia psychodynamiczna zakłada, że symptomy choroby motywują osobę do podjęcia i uczestniczenia w terapii. Proces leczenia polega na: wglądzie, konfrontacji za pomocą pytań terapeuty, klaryfikacji problemu, interpretacji przyczyn i znaczeń leżących u podstaw przejawianych zachowań i uczuć, integracji wprowadzanych interpretacji. Analiza biografii osób depresyjnych ukazuje istotny czynnik, jakim może być utrata ważnej osoby w dzieciństwie, a złość, którą powinni wtedy wyrazić na zawsze pozostała nie wyrażona; terapia zatem daje możliwość uświadomienia i wyrażenia tej złości.

Poznawczo-behawioralne modele zaburzeń depresyjnych

Chcąc w sposób jak najbardziej pełny i klarowny ukazać założenia i genezę nurtu behawioralno-poznawczego, przywołać należy poglądy zarówno Becka (1967), Seligmana (1993) i Lewinsohna (1982).

Beck [27] który sformułował pierwszą poznawczą teorię depresji zakładał, że deformacja procesów poznawczych, zniekształcenie przebiegu i wyniku myślenia prowadzi do powstania i podtrzymywania się symptomów depresyjnych. To, co według psychiatrii jest wtórnym objawem depresji, Beck uważa za jej pierwotną przyczynę i wskazuje na trzy subteorie opisujące psychologiczny mechanizm leżący u podstaw depresji [30,31,32]:

- depresyjna triada poznawcza, która charakteryzuje się negatywnym spostrzeganiem własnej osoby, otaczającego świata oraz własnej przyszłości,
- koncepcja depresyjnych schematów (stereotypów) poznawczych, która zakłada, że człowiek posiada własny wzorzec selekcji i gromadzenia informacji napływających z otoczenia i że ten wzorzec kształtuje się na podstawie wczesnodziecięcych doświadczeń, zwłaszcza z rodzicami, rodzeństwem czy nauczycielami; charakteryzuje się też względną trwałością i rzutuje na późniejszą selekcję i gromadzenie informacji, co oznacza, że jeżeli dziecko doświadczy negatywnych ocen swoich możliwości, to późniejsze oceny własnej sprawności będą dopasowywane do tych, które otrzymało od osób znaczących. Gdy dokonujemy takich surowych ocen własnej osoby, to w miarę upływu czasu stają się one dominujące i nawykowe, ponieważ wykształca się mechanizm automatycznego aktywizowania schematów poznawczych, wdrukowanych w dzieciństwie. W skrajnych stanach osoba może być całkowicie zaabsorbowana automatycznie pojawiającymi się myślami negatywnymi na temat własnej osoby i nie móc funkcjonować w sposób zdrowy, tzn. skoncentrować się na bodźcach zewnętrznych. Owe stereotypy poznawcze mogą pozostawać przez długi czas w uśpieniu i przebudzić się w momentach kryzysowych zwłaszcza, gdy doświadczymy straty kogoś bliskiego lub cennego,
- koncepcja wadliwego przetwarzania informacji podkreśla istnienie błędów w przetwarzaniu informacji (błędy myślenia). Ulegając błędom chory nie ma poczucia, że jego system przekonań i sądów jest niepoprawny i fałszywy i nie potrafi spostrzec, że podczas przetwarzania informacji pojawiają się u niego myśli automatyczne, które mogą być przyczyną negatywnych uczuć występujących podczas choroby. Ogrom smutku i cierpienia nie jest zaskoczeniem, kiedy uświadomimy sobie sposób

funkcjonowania poznawczego chorych, który nieuchronnie prowadzi do postrzegania siebie w krańcowo negatywny sposób. Pojawiający się wstyd, poczucie winy, żal, wynikający z błędnej percepcji samego siebie, niejednokrotnie prowadzi do prób samobójczych.

Kluczową rolę w poznaniu depresyjnych zaburzeń odegrał również Seligman [33]. Zauważył on, że u podstaw myślenia osób depresyjnych leży pesymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń. Styl ten charakteryzuje się tym, że osoba postrzega wszelkie niepowodzenia występujące w jej życiu za zjawisko stałe, o dużym zasięgu, za które bierze pełną odpowiedzialność. Z kolei przyczyny zdarzeń pozytywnych widziane są w sposób dokładnie odwrotny, tzn. spostrzegane są jako szybko przemijające, o małym zasięgu oraz nie wynikające z własnych umiejętności.

Teoretycy nurtu behawioralnego są przekonani, że występuje ścisły związek depresji z ilością wzmocnień, które pacjent otrzymuje od otoczenia. Według Lewinsohna [34] nasilenie objawów depresyjnych wynika z kilku przyczyn:

- niedostatecznej liczby wydarzeń, które mogą stanowić potencjalne wzmocnienie dla osoby,
- niedostatecznej liczby pozytywnych wzmocnień, które są dostępne w środowisku, w którym żyje dana osoba,
- niezdolności osoby do korzystania z dostępnych pozytywnych wzmocnień.

Lewinsohn [33] zakłada także, że osoby depresyjne cechują się nadwrażliwością na przykre bodźce zarówno o charakterze psychicznym jak i fizycznym, co potwierdzają badania eksperymentalne. Pozwala to sformułować hipotezę, że przyczyny depresji znajdują się zarówno w samej osobie (zakłócony odbiór wzmocnień) jak i w otoczeniu, w którym żyje (niewystarczająca ilość wzmocnień pozytywnych ze środowiska) [28].

Niewątpliwie najbardziej powszechną i uznaną terapią poznawczo-behawioralną depresji jest terapia Becka [27]. Oddziaływania terapeutyczne koncentrują się na negatywnym obrazie własnej osoby i poznawczych zniekształceniach [7]. Terapeuta za cel stawia sobie eliminowanie błędów logicznych i złudzeń powstających w trakcie wnioskowania. Podstawowe cele terapii to zidentyfikowanie irracjonalnych przekonań i zastąpienie ich przekonaniem racjonalnymi.

Wspólnym czynnikiem łączącym terapie poznawczo-behawioralne jest założenie o przyswojeniu sobie przez osobę depresyjną nieadaptacyjnego wzoru reagowania na różne sytuacje życiowe. Wzór ten można zmienić w toku uczenia się i nabywania nowych

umiejętności. W terapii nie poszukuje się przyczyn depresji w osobowości jednostki, a raczej w specyficznym przetwarzaniu informacji z otoczenia. Terapia w tym ujęciu jest ściśle ustrukturyzowana i objęta ramami czasowymi. Może być przeprowadzona w formie spotkań indywidualnych jak i grupowych.

Badania naukowe potwierdzają skuteczność leczenia depresji lekkiej i umiarkowanej podczas terapii poznawczo-behawioralnej i interpersonalnej – zarówno w przypadku osób dorosłych jak i dzieci [39].

Psychologia humanistyczna a zaburzenia depresyjne

Teoretycy zorientowani humanistycznie, między innymi A. Maslow [40], C. Rogers [41], V. Frankl [42], F. Perls [43] uważają, że wszelkie zaburzenia związane są z negatywnymi doświadczeniami przeżywanymi w procesie zaspakajania potrzeb. Przyjmując takie założenia rola psychoterapeuty powinna polegać na wspólnym podążaniu z klientem w kierunku rozwijania jego potencjału psychicznego, co nierozdzielnie wiąże się z potrzebami [27].

Psychologię humanistyczną charakteryzuje całościowe, holistyczne spojrzenie na człowieka wraz z jego specyficznymi problemami życiowymi. Trudno więc dopatrywać się w tym nurcie przyczyn depresji jako „wyzolowanej” od innych chorób. Zaburzenia traktowane są w kategoriach deficytów rozwoju osobowości, które są odzwierciedleniem niezaspokojonych potrzeb psychologicznych takich jak: miłość, autonomia, samorealizacja [40]. Przybliżymy tu główne założenia psychoterapii, jaką stosuje się właściwie w odniesieniu do wszelkich problemów danej osoby.

Psychoterapia humanistyczna ma wiele odmian, jednakże najbardziej precyzyjny opis zaburzeń jak i terapii został opracowany przez Rogersa oraz Perlsa. Oboje dali początek nowym szkołom w psychoterapii, pierwszy był założycielem terapii skoncentrowanej na kliencie (*client-centered-therapy*), drugi, z kolei zapoczątkował terapię gestalt (*Gestalt therapy*).

Rogers [27] w swojej koncepcji zdrowia psychicznego na pierwsze miejsce wysunął pojęcie „ja”. Struktura ta kształtuje się już w dzieciństwie poprzez postrzeganie doświadczeń, które są reprezentowane w świadomości [40]. Wraz z kształtowaniem się „ja” rozwija się potrzeba samoakceptacji. Według Rogersa [48] potrzeba ta jest uniwersalna i dotyka każdego

człowieka, a wszelkie odstępstwa na tej płaszczyźnie prowadzą do ukształtowania warunkowego akceptowania własnej osoby. Owa warunkowość jest istotą problemów, gdyż ogranicza niezależność, a w konsekwencji wolność osoby. Wówczas zachowania nie wynikają z autentycznych potrzeb, a raczej z chęci podporządkowania się określonym rolom społecznym. Koniecznym warunkiem skuteczności terapii jest określona postawa terapeuty, który powinien przez cały czas skupiać uwagę na kliencie i pozostawać do jego wyłącznej dyspozycji [40]. Charakterystyczne dla terapii skoncentrowanej na kliencie są: koncentracja na świecie przeżyć, nieustanne podkreślanie, że siłą motywującą w terapii jest dążenie do urzeczywistniania własnych możliwości jako charakterystycznych dla jednostki oraz koncentracja nie tyle na strukturze osobowości, ile na procesie zachodzących w niej zmian. Tak pojmowana terapia w oczywisty sposób odrzuca medyczny model pomocy. Terapeuci kontynuujący terapię Rogersa, podobnie jak inni przedstawiciele humanistycznych szkół, pracują z osobami poddającymi się terapii w jednakowy sposób, niezależnie od tego, do jakiej kategorii zaburzeń zostały zaliczone problemy klienta.

Techniki psychoterapeutyczne stosowane w terapii humanistycznej wiążą się ściśle z relacją terapeutyczną. Skoncentrowane są na wytworzeniu określonych warunków sprzyjających swobodnemu wyrażaniu siebie. Rogers [50] wymienia trzy podstawowe czynniki, które decydują o powodzeniu terapii: empatia, bezwarunkowa pozytywna akceptacja, autentyczność albo zgodność z samym sobą (kongruencja).

Kolejna szkoła terapii wywodzącej się z nurtu humanistycznego to szkoła założona przez Fredericka Perlsa, tzw. terapia gestalt (*Gestalt therapy*), którą zalicza się do nurtu humanistycznego, gdyż w podejściu tym za kluczową kwestię uważa się możliwość zaoferowania klientowi spostrzegania, słyszenia i akceptowania go takim, jaki jest, a więc bez żadnych wstępnych założeń, oczekiwań lub ocen. Poprzez wyrażanie szacunku względem uczuć i zachowań klienta, zachęcany jest on do traktowania siebie w podobny sposób. Terapeuta Gestalt nie jest zainteresowany mówieniem klientowi, co powinien uczynić w konkretnej sytuacji, nie jest również zainteresowany wywołaniem określonej zmiany. Gestaltysty są przekonani, że osoby najlepiej będą się rozwijać i brać odpowiedzialność za swoje życie, jeśli staną się bardziej świadome tego, kim są, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Samo pojęcie świadomości stanowi istotę podejścia gestalt, definiuje się nią jako zdawanie sobie sprawy z własnego doświadczenia. Podczas terapii większe znaczenie przypisuje się działaniom niż słowom, dlatego tak często w pracy wykorzystuje się psychodramę. Zakłada się, że w miarę trwania terapii jednostka coraz swobodniej porusza się,

doświadczając swojej energii i używa jej w sposób, który pozwala na pełnię funkcjonowania [51]. W trakcie terapii znaczącą rolę przypisuje się temu, aby klient stał się świadomy ciągłości swoich doświadczeń emocjonalnych. Wraz z rozumieniem emocji nie jako zagrożenia racjonalnej kontroli nad swym życiem, ale jako przewodnika, dostarczającego jedynej podstawy, na jakiej człowiek może opierać się w swych racjonalnych wyborach, otwiera się droga do doskonalenia nieustającej świadomości wraz z jej mądrymi wskazówkami.

Praca w terapii Gestalt polega na budowaniu eksperymentów, które pozwolą klientowi poszerzyć świadomość. Jedną z najbardziej charakterystycznych technik stosowanych w tym paradygmacie jest technika pustego krzesła, gdzie klient proszony jest o zwrócenie się do wyobrażonej osoby (może być to również wybrany aspekt samego klienta) znajdującej się przed nim, a reprezentowanej przez puste krzesło czy poduszkę. Inne techniki to [52]:

- odgrywanie ról,
- uwrażliwianie na świadomość własnego ciała, tonu głosu, napięcia mięśniowego,
- fantazja sterowana, wykorzystanie twórczej wyobraźni w celu poszerzenia własnych możliwości, z których mogą skorzystać klienci.

Celem pracy było poznanie i ukazanie postaw młodzieży wobec chorób psychicznych. Problem główny, który sprowadza się do pytania: Jakie są postawy młodzieży wobec depresji nastolatków? implikuje postawienie następujących problemów szczegółowych:

- jaki jest poziom wiedzy młodzieży o depresji nastolatków?
- jakie emocje odczuwa młodzież wobec problemu depresji?
- jakie działania podejmuje młodzież wobec problemu depresji nastolatków?

Adekwatnie więc do zadanych pytań, sformułowana hipoteza główna zakłada, że istnieją negatywne postawy młodzieży wobec depresji nastolatków. Uściśleniem powyższej hipotezy głównej jest szereg hipotez szczegółowych, w których można założyć, że: istnieje niski poziom wiedzy młodzieży wobec depresji nastolatków; młodzież odczuwa ambiwalentne emocje związane z problemem depresji nastolatków; młodzież nie stara się podejmować żadnych działań wobec depresji nastolatków. Zmienną niezależną są więc w przypadku tych badań postawy młodzieży wobec depresji, natomiast zmienną zależną jest opinia młodzieży gimnazjalnej.

Material i metody badań

Na przełomie marca i kwietnia 2014 roku przeprowadzono badania wśród uczniów klas gimnazjalnych, które objęło swym zasięgiem 100 osób. Narzędzie badawcze natomiast jest „przedmiotem służącym do realizacji wybranej techniki badań” [53]. Ze względu na wybór dużej grupy badawczej, już na etapie przygotowań podjęto decyzję o wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza anonimowej ankiety w wersji papierowej, zawierającego 14 pytań. Dla potrzeb badania ankietowego uczniów gimnazjum próba była losowana dwustopniowo: w pierwszym stopniu wylosowano w sposób warstwowy szkołę, w drugim – klasę. Próbę wybierano spośród szkół i placówek – bazy szkół MEN z 30 września 2014 roku stanowiącego operat losowania.

Chęć uczestnictwa w badaniu wyraziło: 28 dziewcząt i 17 chłopców, uczących się w Publicznym Gimnazjum nr 13 w Białymstoku oraz 29 dziewcząt i 26 chłopców z Publicznego Gimnazjum nr 2 w Białymstoku. Większość badanych osób uczęszcza do klasy drugiej (72 osoby), 19 do klasy trzeciej i 9 do klasy pierwszej; 83 osoby to mieszkańcy miasta pomiędzy 100 a 300 tys. mieszkańców, 11 osób to mieszkańcy mniejszego miasta pomiędzy 50 a 100 tys. mieszkańców, jedynie 6 osób to mieszkańcy wsi.

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwoliły na opracowanie i analizę uzyskanego materiału. Z udzielonych odpowiedzi na pytanie dotyczące kontaktu z osobą chorą na depresję wynika, iż 79 osób spośród ankietowanych nie miała do tej pory kontaktu z osobą chora na depresję, 12 osób odpowiedziało twierdząco, 9 natomiast nie było pewnych.

Brak odpowiedzi na pytanie „wyjaśnij swoimi słowami: Jak rozumiesz chorobę psychiczną?” miało miejsce w aż 73 kwestionariuszach ankiet. Prób zdefiniowania choroby psychicznej było 7, zaś 8 osób odpowiedziało: „nie wiem”. Wypowiedzi badanych uczniów kształtują się następująco („Wyjaśnij swoimi słowami: Jak rozumiesz chorobę psychiczną?”):

- dziwne, niezrozumiałe zachowanie jakiejś osoby,
- choroba psychiczna to taka choroba, przez którą ludzie zachowują się w sposób niezrozumiały i nie zdają sobie z tego sprawy,
- choroba psychiczna ma miejsce wtedy, kiedy człowiek mówi i robi głupie rzeczy,
- to trudne do wytłumaczenia zachowanie,

- np. jak ktoś widzi i słyszy głosy,
- Choroba psychiczna jest chorobą, która sprawia, że człowiek odmiennie się zachowuje i nie wie, co się dzieje wokół niego,
- Oderwany od rzeczywistości człowiek.

Udzielone odpowiedzi wskazują, że uczniowie gimnazjum w swoich definicjach zwracają głównie uwagę na odmienne zachowanie człowieka, wyraźnie uwidaczniają się trudności w definiowaniu choroby psychicznej.

Analiza odpowiedzi na pytanie: „Jakie objawy świadczą, Twoim zdaniem, o chorobie psychicznej?” ukazuje duże zróżnicowanie wypowiedzi. Analiza udzielonych odpowiedzi ze względu na płeć badanych nie różnicuje grupy badawczej:

- wskazania dziewcząt: dziwnie wygląda (41%), mówi od rzeczy (36%), zachowuje się w sposób niezrozumiały (23%),
- wskazania chłopców: dziwnie wygląda (30%), mówi od rzeczy (21%), ma nienaturalny wyraz twarzy (23%).

Nastolatki uważają więc, że objawy choroby psychicznej są widoczne na „pierwszy rzut oka” i „dosyć powierzchownie” traktują objawy choroby psychicznej.

Odpowiedzi uczniów na pytanie związane z wyborem najtrafniejszej definicji depresji ukazały niski poziom wiedzy uczniów związany z chorobami psychicznymi, ponieważ 27% badanych uczniów uważa, że depresja mija samoistnie natomiast 13% respondentów jest zdania, że choroba dotyka tylko osoby dorosłe w przedziale wiekowym 20-45 lat; 51% badanych uczniów uważa, że „jest to szczególny rodzaj zachowania człowieka, charakteryzujący się przewlekłym stanem przygnębienia. Osoba taka jest niechętna do wykonywania jakichkolwiek czynności”. 9% respondentów twierdzi, iż depresja „jest to stan, który zawsze dotyka ludzi o słabszej strukturze psychicznej, wrażliwych i nieodpornych na stres, prowadzący często do samobójstwa”.

Wnioski, jakie nasuwają się po dokonaniu analizy udzielonych odpowiedzi wskazują na to, że gimnazjaliści często mylą pojęcie depresji ze stanem obniżenia nastroju. Taki pogląd reprezentuje 27% uczniów, którzy uważają, że depresja mija samoistnie. Nie wiedzą oni również, że depresja może dotykać nie tylko osoby dorosłe ale także młodzież a nawet dzieci.

Rozpoznając obszar emocji towarzyszących młodym ludziom w kontakcie z osobą chorą na depresję – w odpowiedziach dziewcząt częściej pojawiała się taka emocja jak:

współczucie(29%), natomiast chłopcy zaznaczali głównie obojętność (13%) oraz złość (7%). Wydawać by się mogło, że dziewczynki odczuwałyby więcej empatii, natomiast postawa chłopców byłaby bardziej obojętna.

Wyraźny kontrast udzielonych odpowiedzi ze względu na płeć osób badanych zaznacza się również w pytaniu związanym z reakcją na naśmiewanie się z chorego na depresję w ich otoczeniu. W kwestionariuszu chłopcy zaznaczali najczęściej: „uwagam, że nie jest to poważna choroba i mogę się z niej pośmiać (11%) oraz „jest mi to obojętne” (10%). Dziewczeta zupełnie odmiennie wybierały odpowiedzi: „stanowczo protestuję” (30%) oraz „mam ochotę powiedzieć im, żeby przestali, ale tego nie robię” (12%). W kwestionariuszu jedna z dziewcząt dodatkowo dodała odpowiedź „odchodzę i udaję, że nie słyszę”, natomiast jeden chłopiec dodał, że „nie robi nic”.

Uczniowie odpowiadali również na pytanie „Czy zachorowanie bliskiej mu osoby na depresję przyniosłoby mu wstyd?”. Najwyższy procent udzielonych odpowiedzi – 47% wskazuje, że uczniowie twierdzą, że „raczej nie” oraz „zdecydowanie nie” (25%). Najmniej osób odpowiedziało „trudno powiedzieć” (2%) oraz „raczej tak” (11%),co co oznacza, że dla większości ankietowanych osób zachorowanie bliskiej mu osoby nie przynosiłoby wstydu.

Analizując odpowiedzi udzielone w obszarze zachowania uczniów gimnazjum okazuje się, że 32% badanych dziewcząt i 21% badanych chłopców deklaruje, że „na wieść o chęci popełnienia samobójstwa kolegi bądź koleżanki, porozmawiałoby z nim/nią o tym”. Niepokojący jest jednak fakt, że w drugiej kolejności rozkładu głosów – 14% chłopców powiedziałyby rówieśnikowi „aby nie przesadzał”.

Odpowiedzi uzyskane w kwestii pomocy i osoby, do której uczniowie mają największe zaufanie i od której otrzymaliby pomoc w przypadku walki z depresją – ukazują, że gimnazjaliści wybraliby najczęściej kolegę bądź koleżankę ze swojego otoczenia (67% udzielonych odpowiedzi), 15% – wybrałoby rodzica, 8% – nikogo, 5% – inną osobę (1 tym 1% – babcię, 4% – specjalistę, lekarza spoza szkoły), 4% – wskazały na pedagoga, 1% – nauczyciela, nikt zaś nie wybrał wychowawcy.

Kolejne pytanie dotyczyło źródeł wiedzy o chorobie psychicznej. Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje, że źródłem wiedzy o depresji jest głównie Internet (27% udzielonych odpowiedzi) oraz TV (23% udzielonych odpowiedzi). Większość badanych wskazało na

odpowiedź: „trudno powiedzieć” (37% udzielonych odpowiedzi), zaś 22% wszystkich ankietowanych osób „zdecydowanie nie chciałaby się dowiedzieć niczego na temat depresji”.

Weryfikacja przyjętych hipotez

Hipoteza 1. Istnieje niski poziom wiedzy młodzieży wobec depresji nastolatków.

Po przeanalizowaniu wypowiedzi gimnazjalistów stwierdzić możemy, że założona przez nas hipoteza została potwierdzona. Badanie ukazuje, że 81% nastolatków do tej pory nie miało kontaktu z osobą chorą na depresję, 22% badanej młodzieży „zdecydowanie nie chciałoby się dowiedzieć niczego na temat tej choroby”, zaś 32% twierdzi, że „raczej niechciałoby się dowiedzieć niczego na temat tej choroby”.

Ponadto analiza odpowiedzi udzielona na temat jakości źródeł wiedzy o depresji, pochodzących głównie z Internetu (27% udzielonych odpowiedzi) oraz telewizji (23% udzielonych odpowiedzi) ukazuje potrzebę podniesienia poziomu wiedzy młodzieży. Potwierdzeniem jest także pogląd młodzieży, że depresja „mija samoistnie” (27% udzielonych odpowiedzi) i że „choroba ta dotyczy tylko osoby dorosłe w przedziale wiekowym 20-45 lat” (13% udzielonych odpowiedzi).

W odpowiedziach na pytanie dotyczące objawów choroby psychicznej najczęściej wskazywany był wygląd osoby badanej, co pozwala sądzić o potrzebie wprowadzenia do szkół solidnie prowadzonej profilaktyki w zakresie chorób psychicznych. Ponadto, 73% badanych osób nie było w stanie zdefiniować, czym według nich jest choroba psychiczna.

Wyniki uzyskanych badań należy odnieść do badań przeprowadzonych w literaturze naukowej.

Badania przeprowadzone przez Bednarek, Chmielewską w 2011 roku w Zamościu, wśród 102 uczniów liceum, w celu poznania wiedzy młodzieży licealnej na temat wybranych aspektów zdrowia ukazują, iż młodzież w większości definiowała zdrowie zgodnie z definicją zaproponowaną przez Światową Organizację Zdrowia, jednak płeć miała wpływ na sposób postrzegania przez nich pojęcia zdrowia. Dziewczęta istotnie częściej niż chłopcy pojmowały zdrowie jako zjawisko wielowymiarowe. Zdrowie z brakiem choroby, ułomności i bólu utożsamia 30,5% dziewcząt i 34,9% chłopców. Ponad połowa ankietowanych dziewcząt (50,8%) i 46,5% chłopców zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia podaje, że

zdrowie to stan pozytywnego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby i ułomności, żadna osoba nie utożsamia zdrowia tylko z dobrym wyglądem zewnętrznym [54].

Badania zrealizowane w ramach programu zdrowotnego Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat, zrealizowanym w 2013 roku i koordynowanym przez Fundację PRAESTERNO, w którym wzięło udział 652 uczniów szkół ponadgimnazjalnych w 15 miastach województwa lubelskiego ukazują średni poziom wiedzy młodzieży na temat depresji. Badania te podkreślają jednocześnie skuteczność programu zdrowotnego Profilaktyka zaburzeń depresyjnych. Po jego zakończeniu uczestnicy uzyskali średnio 11,8 punktu na 15 możliwych, co wskazuje na fakt, że program był skuteczny, wiedza na temat zaburzeń depresyjnych, czynników ryzyka i czynników chroniących przez zaburzeniami uczestniczącej w nim młodzieży znacząco zwiększyła się [55].

Analiza wyników badań prezentowanych przez Saracen w grupie 3108 uczniów pierwszych i ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych w wieku 15-19 lat ukazuje, że głównym źródłem informacji o zdrowiu dla badanych uczniów jest telewizja (34,5%), szkoła (20,2%), Internet (17,6%), rodzice (16,1%), książki (5,5%). Chłopcy częściej niż dziewczęta korzystali z Internetu, natomiast dziewczęta z informacji przekazywanych w szkole i z książek [56].

Przytoczone badania dotyczące starszej wiekowo młodzieży ukazują potrzebę podnoszenia poziomu wiedzy i konieczność prowadzenia w szkołach programów profilaktycznych na temat chorób psychicznych.

Hipoteza nr 2. Przypuszczam, że młodzież odczuwa ambiwalentne emocje związane z problemem depresji nastolatków.

Analiza zebranego materiału badawczego pozwala przyjąć powyższą hipotezę. Okazuje się bowiem, że dziewczynki w relacji z osobą chorą na depresję wykazują bądź wykazywałyby zdecydowanie więcej empatii niż chłopcy. Choroba psychiczna, zdaniem większości dziewczynek wywołuje w nich współczucie, natomiast zdaniem chłopców wzbudza obojętność i złość, a zachorowanie bliskiej koleżanki/kolegi na depresję, zdaniem 47% badanej młodzieży raczej nie przyniesie im wstydu.

Odnosząc uzyskane wyniki badań własnych do wyników publikowanych w literaturze naukowej podkreślić należy, iż wymienia się dwa kryteria emocjonalnych interakcji społecznych wobec osób chorych psychicznie: pozytywne (akceptacja) lub negatywne (odrzućenie) [57]. Larkowa (1970) dodaje jeszcze trzeci rodzaj – ambiwalentne, co oznacza: zmienne / obojętne [9].

Udowodniono również, że negatywne postawy wobec osób chorych mogą wynikać z lęku przed odmiennością osób niepełnosprawnych, z obawy przed ich niesamodzielnością i uzależnieniem lub niekiedy przed odpowiedzialnością wobec osoby niepełnosprawnej [59]. Literatura opisuje także wiele negatywnych postaw opartych głównie na stereotypach. Według Ostrowskiej [60] wynikają one również z braku doświadczeń i osobistych kontaktów osób sprawnych z niepełnosprawnymi, braku treningu w zakresie wzajemnej komunikacji, umiejętności zachowania się wobec osób chorych lub też z braku wiedzy. Mogą być one także uwarunkowane wiekiem i niskim poziomem wykształcenia.

Analizując wyniki tych oraz wielu innych badań dotyczących postaw wobec osób z niepełnosprawnością można dojść do wniosku, że najbardziej akceptujące postawy ludzie przejawiają wobec osób cierpiących na choroby przewlekłe i wewnętrzne (np. epilepsję, astmę, choroby serca), następnie wobec osób niepełnosprawnych fizycznie, dalej: osób z niepełnosprawnością sensoryczną (np. osoby z uszkodzeniami wzroku, słuchu lub mowy) i wobec osób niepełnosprawnych psychicznie upośledzonych umysłowo i chorych psychicznie [61]. To właśnie wobec nich społeczeństwo przejawia najbardziej negatywne postawy.

Wyniki przeprowadzone przez Gzocha i Kurpas, wśród 21 osób w wieku 20-30 lat (z czego 16 osób to młodzież ucząca się), których celem była analiza społecznego odbioru osób chorych psychicznie, określenie postaw, motywacji oraz emocji wzbudzanych przez osoby chore, potwierdzają negatywny komponent afektywny postawy, oscylujący głównie wokół uczuć związanych z lękiem wobec chorych psychicznie. Najczęstsze uczucie wzbudzone przez chorych psychicznie wśród respondentów to właśnie lęk (u 52% badanej młodzieży), następnie litość (28,6% uzyskanych odpowiedzi) oraz obojętność (19,4% uzyskanych odpowiedzi) [9].

Badania postaw wobec osób niepełnosprawnych prowadzono także wśród nauczycieli, a więc przedstawicieli zawodu który ma szczególne znaczenie dla kształtowania postaw dzieci i młodzieży. Wyniki wskazują jednak, że nauczyciele szkół podstawowych prezentują nieprzychylnie postawy wobec uczniów niepełnosprawnych, szczególnie wobec dzieci z

porażeniem mózgowym i zaburzeniami emocjonalnymi. Ważną rolę w kształtowaniu postaw nauczycieli wobec niepełnosprawnych uczniów jest ich kontakt z nimi oraz własne doświadczenie. Nauczyciele, którzy poza zajęciami w szkole podejmują osobiste kontakty z chorymi dziećmi i ich rodzinami, charakteryzują się bardziej pozytywnymi postawami niż nauczyciele, którzy takich kontaktów nie utrzymują [62].

Hipoteza nr 3. Zakładam, że młodzież nie stara się podejmować żadnych działań wobec depresji nastolatków.

Powyższa hipoteza nie została potwierdzona. Zastanawiający jest fakt, że stosunek do depresji nastolatków zależy jest w pewnym stopniu od płci. Różnica widoczna jest w odpowiedziach na pytanie: „Kiedy widzisz jak Twoi znajomi naśmiewają się w Twojej obecności z osoby chorej na depresję, co robisz w takiej sytuacji?” Dziewczęta wskazywały tutaj najczęściej, że stanowczo protestują (30% udzielonych odpowiedzi), chłopcy z kolei uważają, że nie jest to poważna choroba i mogą się z niej pośmiać (11% udzielonych odpowiedzi) oraz, że jest im to obojętne (10% udzielonych odpowiedzi).

W sytuacji prawdziwego zagrożenia, na wieść o chęci popełnienia samobójstwa kolegi bądź koleżanki, aż 32% badanych dziewcząt (55%) i 21 badanych chłopców (ok 44%) zadeklarowało, że porozmawiałoby z nim/nią o tym. Ponad połowa z grupy ankietowanych gimnazjalistów (67%) jest także zdania, że w przypadku ewentualnej walki z depresji pomoc otrzymałoby od kolegi bądź koleżanki ze swojego otoczenia, 4% wskazały na pedagoga, 1% na nauczyciela, nikt zaś nie wybrałby wychowawcy. Przyczyny braku deklarowanej pomocy ze strony nauczycieli mogą być różne, literatura podkreśla między innymi poziom zaufania młodzieży do nauczycieli, poziom wiedzy nauczycieli, poziom wsparcia i lepsza jakość relacji rówieśniczych w okresie dorastania, itd. Zobaczmy zatem jaki jest poziom wiedzy na temat depresji wśród nauczycieli. Badania przeprowadzone przez Kuźel i wsp. w 2015 roku, wśród 200 mieszkańców województwa podlaskiego, w tym 100 pielęgniarek i 100 nauczycieli, w celu oceny percepcji depresji w grupie nauczycieli i pielęgniarek [58] ukazały, że najwięcej respondentów – 73% – oceniło zakres swojej wiedzy z zakresu depresji jako średni, 17,5% jako niski, a wiedzę na wysokim poziomie zadeklarowało jedynie 9,5% badanych. Zdaniem 83% badanych wiedza na temat depresji jest przydatna, wiedzę na temat choroby chciałoby poszerzyć 61% badanych, niestety tylko 21,5% respondentów sprecyzowało obszary w jakich chcieliby poszerzyć wiedzę na temat depresji, podkreślając obszar: pomocy osoby z depresją

(25,6%), zasad leczenia depresji (23,3%), rozpoznania objawów depresji (18,6%), zapobiegania depresji (9,3%), zachowywania się wobec osoby chorej na depresję (4,7%). Natomiast 87% ankietowanych jest zdania, że funkcję osoby pomagającej i edukatora z zakresu depresji powinien pełnić psycholog, następnie lekarz (63%), pielęgniarka (32,5%), 1,5% wskazało na nauczyciela.

Wróćmy jednak do opisu i analizy opublikowanych badań z zakresu pomocy rówieśniczej wobec młodzieży zagrożonej ryzykiem depresji.

Badania Crean'a (2004) potwierdzają, że najkorzystniejsze dla dobrostanu młodzieży jest wsparcie uzyskiwane od matek i rówieśników [49]. W średnim i późnym okresie dorastania to rówieśnicy są głównym źródłem wsparcia, bo to oni często radzą sobie z podobnymi problemami [47], jednakże nie wszyscy dorastający otrzymują wsparcie od swoich kolegów/koleżanek i trudno jednoznacznie stwierdzić, jak liczna jest grupa osób, która tego wsparcia nie doświadcza [46]. Z drugiej strony młodzież deklaruje chęć niesienia pomocy niepełnosprawnym rówieśnikom [45].

Przyjrzyjmy się wynikom badań naukowych. Badania przeprowadzone przez Sikora [44] w grupie 377 respondentów w wieku 12-17 lat, na terenie województwa mazowieckiego, koncentrujące się na ukazaniu roli społecznego wsparcia jako czynnika chroniącego przeciwko depresji ukazały obraz sieci wsparcia. Okazuje się, że kolega / koleżanka udziela wsparcia dla 38,3% badanych a udział kolegów i koleżanek w udzielaniu pomocy był wyższy w grupie 14-15 latków, w porównaniu z grupą osób 12-13 lat ($F_{93.339} = 4.21, p < .02$), dziewczęta i chłopcy różnili się w zakresie spostrzeganego wsparcia. Dziewczęta deklarowały, że pomaga im więcej osób ($t=3.04, p < .03$) i w porównaniu z grupą chłopców wyżej oceniały otrzymywane wsparcie ($t=3.96, p < .001$). Analiza zależności pomiędzy postrzeganym przez młodzież wsparciem a poziomem depresyjności ukazuje, że satysfakcja ze wsparcia pozostaje w związku z odczuwanymi przez osoby badane symptomami depresji – im wyższa satysfakcja, tym niższy poziom depresyjności ($r = -.15; p < .05$).

Badania Ardelt'a, Day'a (2002) podkreślają, że młodzież kompensując brak wsparcia na przykład wtedy, gdy rodzice nie udzielają im pomocy lub gdy ich pomoc jest niewystarczająca, zwracają się po nią właśnie do rówieśników [38].

Wyniki w zakresie wsparcia społecznego przeprowadzone przez Hendo-Milewską wśród 180 uczniów losowo wybranego Publicznego Gimnazjum w Białymstoku, w miesiącach marzec-

kwiecień 2012 roku za pomocą Skali Wsparcia Społecznego (SWS-8) miały na celu rozpoznanie jakości relacji rówieśniczych wśród uczniów gimnazjum. Wyniki badań wskazują, że poziom klasy koreluje dodatnio z poczuciem bezpieczeństwa i pewności wśród rówieśników przy współczynniku korelacji r -Pearsona = 6,920 i jest istotny na poziomie $p < 0,05$.

W obszarze spostrzeganego dostępnego wsparcia całkowicie prawdziwe jest, deklarują badani, że znają osoby, na których zawsze mogą polegać ($F=8,089$, $p < 0,05$). Podczas, gdy w klasie pierwszej deklaruje tak 43,3% uczniów, w klasie III deklaruje już 70,0% uczniów. Ponadto, co dziesiąty uczeń klasy pierwszej jest zdania, że są osoby, które oferują pomoc uczniom, kiedy jej potrzebują ($F=6,852$, $p < 0,05$) – żaden z uczniów klasy III nie potwierdza takich deklaracji (twierdzą, że jest to całkowicie nie prawdziwe stwierdzenie). Stwierdzenie, że kiedy przestają dawać sobie ze wszystkim radę, wtedy są tacy, którzy mi pomogą ($F=5,388$, $p < 0,05$) jest całkowicie nie prawdziwe dla 5,0% uczniów klasy III i całkowicie nieprawdziwe dla 13,8% uczniów klasy I. W obszarze poszukiwania wsparcia uczniowie deklarują, iż ilekroć jestem przygnębiony, szukam kogoś, kto podniesie mnie na duchu ($F=3,913$, $p < 0,05$). Jest to całkowicie prawdziwe dla 10,0% uczniów klasy III podczas, gdy 26,7% uczniów klasy I też tak deklaruje. W obszarze aktualnie otrzymywanego wsparcia rówieśnik zachęcał osoby badane, żeby się nie poddawać ($F=3,918$, $p < 0,05$) – deklaruje 41,1% badanej młodzieży: 5,0% uczniów z klasy III i 11,7% uczniów z klasy I i II [37].

Wartym podkreślenia jest fakt, że o ile w sytuacji konfliktu interpersonalnego czy przeżywanych problemów z sympatią młodzież zwracała się po pomoc do zaufanych przyjaciół [59] to radząc sobie z problemami, które w odczuciu badanych wymagały jeszcze większej „dawki” wsparcia emocjonalnego, kierowała się po pomoc do rodziców [36].

Porównanie badań w obszarze pomocy i wsparcia rówieśniczego w sytuacji ryzyka depresji pozwala zastanowić się, w jaki sposób rówieśnicy powinni pomagać i co powinni zrobić, jeśli widzą, że kolega z klasy może mieć depresję? Wydaje się, że pierwszą rzeczą jaką mogą i powinni zrobić jest przede wszystkim zauważenie problemu i nie ignorowanie go. Próba niezobowiązującej, pierwszej, ale poważnej rozmowy z prostymi komunikatami, że się martwię i myślę o tobie, okazującej zrozumienie, może być niezwykle istotna i może mieć ogromne znaczenie. Młodzież szkolna często wstydzi się prosić o pomoc kogoś z grona pedagogicznego. Jak może przełamać ten wstyd i czy to właśnie w szkole powinna szukać

pomocy? Badania ukazują, że nauczyciele w polskich szkołach bardzo często nie mają odpowiedniego przygotowania do tego rodzaju pracy z młodymi ludźmi. W takiej sytuacji nieodzowne są współpraca, pomoc i wsparcie ze strony rodziców oraz instytucji [35].

Pamiętać też należy, że teorie psychologiczne dostarczyły już nam wyjaśnienia przyczyn zachowań wskazując, że lęk przed chorobą i kalectwem, które może zagrażać jednostce lub jej rodzinie, skłania do zachowania dystansu społecznego wobec osób chorych, choć prowadzić też może do współczucia i udzielania anonimowej pomocy, ale bez nawiązywania osobistego kontaktu, który jest zbyt zagrażający. Negatywne postawy wobec osób chorych mogą wynikać z lęku przed odmiennością osób niepełnosprawnych [29]. Lęk często przejawia się w myśleniu magicznym, które opiera się na założeniu, że to, o czym się nie mówi, nie istnieje. A więc jeżeli nie mówimy o niepełnosprawności, nie kontaktujemy się z osobami niepełnosprawnymi, to problem niepełnosprawności nie istnieje, a tym samym nie dotyczy nas samych.

Literatura psychologiczna wymienia także grupę cech osobowości warunkujących postawy wobec niepełnosprawnych, co dotyczy percepcji stosunków społecznych, a także percepcji własnych umiejętności pomocy osobom niepełnosprawnym oraz skierowanych wobec nich oczekiwań. Dogmatyzm i sztywność wiążą się z brakiem podatności na zmiany i z brakiem elastyczności w reakcjach na zjawiska społeczne [24]. Cechy te określają nieprzychylny i nietolerancyjny stosunek do rzeczywistości społecznej, zjawisk i ludzi, konsekwencją czego są negatywne postawy wobec osób chorób. Dogmatyzm jako cecha systemu przekonań, ujawniająca się niezależnie od treści tych przekonań, rzutuje na percepcję sytuacji społecznych.

Podsumowując rozważania dotyczące działań podejmowanych wobec młodych osób z ryzykiem depresji oraz pomocy udzielanej przez rówieśników podkreślić należy, że uzyskanie nawet ogólnych informacji dotyczących jakości wsparcia i znaczenia satysfakcji młodzieży z uzyskiwanego wsparcia mogłoby poszerzyć naszą wiedzę na temat konkretnych działań w pomocy i roli wsparcia w rozwoju młodych ludzi.

Wnioski oraz strategie zapobiegawcze

Przy obecnym poziomie wiedzy na temat zapobiegania chorobom psychicznym i przewidywania konsekwencji/efektów niskiego poziomu świadomości społecznej oraz

aktualnych statystyk dotyczących częstotliwości występowania trudności w grupach ryzyka rodzi się potrzeba zintensyfikowania działań podejmowanych przez specjalistów w grupie dorastającej młodzieży.

Skoro dyskusyjnym jest obszar skuteczności farmakologicznego leczenia depresji (wyniki wskazują, że wprawdzie ryzyko nawrotu zmniejsza się, jednak nie da się całkowicie wyeliminować ryzyka ponownego wystąpienia niektórych objawów, a w przypadku młodych ludzi najlepsze wyniki daje terapia poznawcza, która jednocześnie najskuteczniej obniża ryzyko nawrotu choroby [19], to niezwykle istotnym staje się zintensyfikowanie takich działań jak: zachęcanie do rozwijania zainteresowań, pomaganie w nawiązywaniu dobrych stosunków z rodziną i przyjaciółmi, uczenie umiejętności radzenia sobie z problemami, pomaganie w nadrobieniu zaległości w nauce po to, aby młody człowiek mógł cieszyć się ze swoich osiągnięć w tej dziedzinie. Dzięki temu wzrośnie samoocena młodego człowieka/pacjenta, która jest niezmiernie ważna z punktu widzenia profilaktyki. Stwierdzono bowiem, że analiza powyższych zagadnień podczas sesji grupowej terapii poznawczej dla młodzieży z objawami depresji może zmniejszyć ryzyko pełnego epizodu depresyjnego [18].

Badania wykazują również, że pozytywna atmosfera w domu rodzinnym i jednoznaczne wsparcie rodziny chronią dziecko przed depresją [9]. Z tego względu praca z rodziną powinna mieć na celu wzmacnianie dobrego klimatu emocjonalnego i stworzenie wyraźnego poczucia wsparcia.

Zapobieganie depresji jest kwestią wymagającą kontynuowania badań naukowych prowadzonych w tym obszarze, ze szczególnym uwzględnieniem skuteczności programów i działań profilaktycznych ponieważ, jeśli skuteczność programów zapobiegających chorobom psychicznym zostanie udowodniona i wdrożona do szkół, będą one wyznaczać kierunek dalszych działań.

Podsumowując badania i rozważania na temat postaw młodzieży wobec osób chorych należy zauważyć, że z biegiem lat następują pewne korzystne zmiany. XXI wiek charakteryzuje się tendencją do wzmacniania pozytywnych postaw i pewną akceptacją osób chorych, pozwalającą na realizację procesu rehabilitacji, rozpoczęto bowiem wiele działań na rzecz wyrównywania szans, integracji, rehabilitacji społecznej oraz poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Współcześnie w społeczeństwie polskim, negatywne postawy wobec niepełnosprawnych mogą wynikać m.in. z wysokiej pozycji, jaką w hierarchii wartości zajmują: sprawność fizyczna, siła, sukces oraz niezależność [16].

Zapobieganie depresji powinno odbywać się we wszystkich obszarach życia młodego człowieka. Specjaliści uważają, że depresja jest jedną z najczęstszych chorób psycho społecznych i duchowych, dla której najlepszą formą kuracji jest wielowymiarowa oraz zindywidualizowana terapia. Od dawna najpopularniejszą oraz najskuteczniejszą formą leczenia depresji według lekarzy i terapeutów jest połączenie psychoterapii ze specjalistycznymi lekami. Najczęściej wykorzystuje się wówczas terapię poznawczo-behawioralną, która ma na celu zmianę negatywnego obrazu własnego „ja” nastolatka, zmianę widzenia otaczającego go świata, określenie reguł kierujących życiem osoby cierpiącej na depresję. Zakłada się, że to „co robimy i sposób, w jaki myślimy, determinuje to, jak się czujemy” [15]. Do innych, efektywnych form psychoterapii stosowanych w leczeniu depresji należy psychoterapia interpersonalna (IPT – *Interpersonal Psychotherapy*), mająca na celu bardziej efektywne wykształcenie związków międzyludzkich, co także podwyższa samoocenę, także zorientowana psychodynamicznie terapia krótkoterminowa może przynieść pewne pożądane efekty. Uważa się, że stosując leki przeciwdepresyjne oraz wyżej wymienione formy terapii można wyleczyć depresję. Jednakże niezależnie od stopnia uzyskanej poprawy, pamiętać należy o ryzyku nawrotów choroby [81].

Natomiast w przypadku depresji sezonowej (SAD) spowodowanej niedoborem światła słonecznego formą leczenia zarówno dzieci jak i dorosłych jest fototerapia, która wydaje się być zupełnie bezinwazyjna i bezpieczna dla młodego organizmu a skutki jej działania są widoczne już po kilku dniach. Należy jednak pamiętać o tym, że objawy depresji sezonowej nie ustąpią samoistnie a jej lekceważenie może przejawiać się w głębszą depresję kliniczną [9].

Podsumowanie

Depresja to bardzo poważna i przewlekła choroba, a jej konsekwencje dla chorego wykraczają daleko poza bezpośrednie objawy. Wydaje się, że choć nasza wiedza na ten temat stale się rozszerza, wciąż należy pogłębiać świadomość zarówno dzieci, młodzieży jak i osób dorosłych.

Niemal codziennie w okresie dorastania młodzieży towarzyszą huśtawki nastroju – sztuką jest jednak odróżnienie typowego obniżenia nastroju od poważnych objawów depresji a pomoc w takim przypadku powinni nieść nie tylko wykwalifikowani specjaliści, ale przede wszystkim rodzice i nauczyciele, którzy jako pierwsi mają szansę na prawidłowe rozpoznanie objawów

zachowania dziecka. Należałoby się więc zastanowić, co moglibyśmy zrobić, aby uwrażliwić rodziców, nauczycieli, lekarzy na problem, jakim jest depresja w wieku dojrzewania, by postawy ludzi zdrowych wobec osób z chorobą uległy zmianie kontakt ludzi pełnosprawnych z niepełnosprawnymi powinien opierać się nie na obawach i lęku, ale na chęci pokonania istniejących barier i prowadzić do pełnej akceptacji i normalizacji wzajemnych relacji, ponadto osoby niepełnosprawne (również uczniowie i ich rodzice) powinny mieć znacznie większy wpływ na kształtowanie programu rehabilitacji ponosząc również za jego kształt osobistą odpowiedzialność;

Warto pamiętać o tym, że postawy wobec osób chorych przenoszone są z pokolenia na pokolenie, a ich modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie. Dlatego też najlepszym momentem dla rozpoczęcia ich kształtowania i dla rozwoju integracji jest najwcześniejszy okres edukacji przedszkolnej i szkolnej [83].

Bibliografia

1. Kalat J. W.: Biologiczne podstawy psychologii. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006; 464.
2. <http://bezdepresji.pl/> (data pobrania: 08.12.2013).
3. <http://www.swps.pl/nauka-i-badania/badanie/2387-projekt-e-compared-badanie-depresji>(data pobrania: 9.09.2016).
4. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1 (data pobrania: 9.09.2016).
5. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H. C.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.*, 2011; 21 (9), 655-679.
6. Hart A.D., Hart-Weber C.: Depresja nastolatka. Biblioteka Uniwersytecka w Warszawie, Warszawa 2007; 89, 98-100
7. Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase, M.E.: Depresja – leczyć skuteczniej. Praktyczne zastosowanie zaleceń klinicznych, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2010.
8. Kiejna A., Piotrowski P., Adamowski T., Moskalewicz J., Wciórka J., Stokwiszewski

- J., Kessler R. C.: Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska*, 2015; 49(1), 15-27.
9. Borowiecki P.: O postawach wobec osób z niepełnosprawnością. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=739> (data pobrania: 11.09.2016).
 10. Carr A.: Depresja i próby samobójcze wśród młodzieży. Sposoby przeciwdziałania i reagowania. Wyd. Biblioteka Wychowawcy, Gdańsk 2008; 11, 28-29.
 11. Radziwiłłowicz W., Szadzińska B., Sulska E.: Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny [w:] *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*. W. Radziwiłłowicz A. Sumiła (red.). Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006; 123, 127
 12. Bilikiewicz A.: *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
 13. Puzyński St.: *Depresje i zaburzenia afektywne*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
 14. Król A.: Sezon na depresje. Charaktery. *Magazyn psychologiczny*, 2010; 2, 92.
 15. Meyer R.: *Psychopatologia. Studia Przypadków*, Wyd. GWP, Gdańsk 2003.
 16. Collados Zorraquino J.: *Depresja u dzieci i młodzieży*. Wyd. eSpe, Kraków 2009, 81-83,
 17. <http://www.cps.org.pl/czytelnia/psychologia/depresja> (data pobrania: 10.01.2014).
 18. Garrison D.R.: Self-Directed Learning: Comprehensive Model. *Adult Education Quarterly*, 1997; 48 (1), 18-33.
 19. Clark, D. M., Wells, A.: A cognitive Model of Social Phobia [w:] *Social Phobia. Diagnosis, Assessment and Treatment*. R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope, F. R. Schneier (red.). The Guilford Press, New York – London 1995.
 20. Flota-Parnowska I.: Dynamika stanów depresyjnych w ujęciu A. Lowena [w:] *Depresja, esencja i ciało*. J. Santorski (red.) Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO; Warszawa 1992.
 21. Debattista V. P., Sellwood J.A: Dynamical friction and the distribution of dark matter in barred galaxies. *The Astrophysical Journal*, 1998; 20, L5-L8.
 22. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV)*.

- Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
23. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
 24. Zjawisko depresji u dzieci i młodzieży. www.polki.pl/Zdrowie/Psychologia (data pobrania: 08.09.2016).
 25. Kalinowska S., Nitsch K., Duda P., Trześniowska-Drukała B., Samochowiec J.: Depresja u dzieci i młodzieży – obraz kliniczny, etiologia, terapia. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, 2013; 59, 32-36.
 26. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: Psychopatologia, Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
 27. Grzesiuk L.: Psychoterapia, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000.
 28. Beck A.T.: Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects, New York, Harper & Row, 1967.
 29. Klimasiński K.: Cechy osobowości a postawy wobec inwalidów. Przegląd Psychologiczny, 1976; 19, 1, 71-83.
 30. Harkness K.L., Luther J.: Clinical Risk Factors for the Generation of Life Events in Major Depression. Journal of Abnormal Psychology, 2001; 110.
 31. Ringel E.: Gdy życie traci sens, Wyd. Glob, Warszawa 1987.
 32. Seligman M. E.: Optymizmu można się nauczyć, Wyd. Media Rodzina, Poznań 1993.
 33. Pużyński S.: Depresje, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1988.
 34. Lewinshon P.M., Sullivan M., Grosscup S.J.: Behavioral therapy: clinical applications, [w]: A. J. Rush (red). Short-term psychotherapies for depression, New York, The Guilford Press, 1982; 50-87.
 35. Witkowski T.: Konieczność zmiany stosunku do osób niepełnosprawnych [w:] Problemy edukacji i integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem. J. Fenczyn, J. Wyczęsany (red.). Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu Niepełnosprawni bliżej Europy w 1993 r., Wyd. Polskie Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych, Kraków 1994.
 36. Ostrowska A.: Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych, [w:] Upośledzenie w społecznym zwierciadle. A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.). Wydawnictwo Żak, Warszawa 1997.

37. http://www.edulandia.pl/edukacja/1,101865,9146805,Depresja_nastolatka.html#ixzz4JyYwYIBK (data pobrania: 9.09.2016).
38. Davidson L., Demaray K., Malecki Ch., Ellonen N., Korkiamaki R.: United States and Finnish Adolescents' Perception of Social Support. A Cross-cultural analysis. *School Psychology International*, 2008;29, 363-375.
39. Maslow A.H.: *The farther reaches of human nature*, Wyd. New York, Viking 1974.
40. Rogers C.R.: *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Wyd. Thesaurus Press- Juniorzy Gospodarki, Wrocław 1991.
41. Frankl V.E.: *Homo patiens, PAX*, Warszawa 1984.
42. Perls F.: *Gestalt therapy verbatim*, Real People Press, Lafayette 1969.
43. Czabała J.C.: *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997.
44. Hendo-Milewska A., Wojtach A.: Jakość relacji rówieśniczych w środowisku szkolnym: od obojętności do wzajemnej pomocy? [w:] *Młodzież zagubiona – młodzież poszukująca*. Zb. Gaś (red.). Wyd. WSEiI, Lublin 2013; 31.
45. Adreht, M., Day, L.: Parents and Siblings and Peers: Close Social Relationships and Adolescence Deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002;22, 310-349.
46. Sikora R.: Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem a depresyjność młodzieży. *Psychologia Rozwojowa*. 2012; 17, (2) 41-54.
47. Oszustowicz B.: Integracyjny system kształcenia a stosunek nauczycieli i uczniów szkół masowych do uczniów klas specjalnych [w:] *Pomoc psycho-pedagogiczna dzieciom niepełnosprawnym*. J. Wyczesany (red.). Wydawnictwo WSP, Częstochowa 1995.
48. Kratochvil S.: *Psychoterapia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1984.
49. Qualter P., Brown S., Munn P., Rotenberg K.: Child Loneliness as Predictor of Adolescent Depressive Symptoms. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010;6, 493-501.
50. Sills, C., Fish, S., Lapworth P.: *Pomoc Psychologiczna w ujęciu Gestalt*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1999.
51. Zinker J.: *Twórczy proces w terapii Gestalt*, Wyd. Jacek Santorski & CO, Warszawa 1991.

52. Pilch T.: Zasady badań pedagogicznych: strategie ilościowe i jakościowe, Wyd. Żak, Warszawa 2001.
53. Bednarek A., Chmielewska E.: Wiedza młodzieży szkolnej na temat zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013; 19 (4) 469-474.
54. Raport ewaluacyjny. Profilaktyka zaburzeń depresyjnych wśród młodzieży w wieku 16-17 lat, Warszawa 2013; Fundacja PRAESTERNO w: http://www.lubelskie.pl/img/userfiles/files/PDF/Zdrowie/raport_ewaluacyjny.pdf (data pobrania: 11.09.2016)
55. Saracen A.: Zachowania zdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych. *Hygeia Public Health*, 2010; 45 (1), 70-73.
56. Sękowski, A.: *Pomiędzy dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych [w:] Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych. B. Kaja (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2001.*
57. Larkowa H.: *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1987.
58. Crean H.: Social Support, Conflict, Major Life Stressors and Adaptive Coping Strategies in Latino middle school students: an interactive model. *Journal of Adolescent Research*, 2004; 19, 657-676
59. Ostrowska K., Surzykiewicz J.: *Zachowania agresywne w szkole. Badania porównawcze 1997 i 2003*. Wyd. CMPPP, Warszawa 2005.
60. Kossewska J.: *Spółeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty*, Wyd. Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków 2003.
61. Gzocha P., Kurpas D.: Chorzy psychicznie w odbiorze społecznym – wyniki badania pilotażowego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2011; 13 (2), 147-150.
62. Kuźel, A., Krajewska-Kuźlak, E., Śmigiełska-Kuzia, J.: Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015; 21 (3) 295-302.

Ocena postaw młodzieży i osób dorosłych wobec osób chorych psychicznie

Małgorzata Zinczuk¹, Barbara Jankowiak²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Zaburzenie psychiczne jest zjawiskiem negatywnym dla pacjenta, jak i dla osób współżyjących z osobą chorą. Choroba psychiczna wiąże się z zaburzeniami w codziennym funkcjonowaniu oraz trudnościami w pełnieniu ról społecznych. Jest to niezmiernie widoczne w zaburzeniach psychiatrycznych, gdzie zaburzenia poznawcze i emocjonalne objawiają się z ogromnymi ograniczeniami kompetencji psychofizycznych i społecznych [1]. Choroba często ma intensywny oraz trudny do przewidzenia i kontroli przebieg. W zaburzeniach psychicznych występują często nawroty, co może łączyć się z doświadczaniem odrzucenia społecznego przez osoby zdrowe. Na funkcjonowanie pacjenta ma nie tylko wpływ jego choroba, lecz także jego bliższe i dalsze otoczenie społeczne. Najbardziej niepokojące i krzywdzące psychikę chorych jest negatywny stereotyp człowieka chorującego psychicznie. Uważani są za dziwaków, za osoby niepoczytalne, a często też niebezpieczne, co prowadzi to do stygmatyzacji i wykluczenia społecznego [2,3].

Z sondaży, ankiet oraz środków masowego przekazu można dowiedzieć się jak są postrzegani chorzy psychicznie. Jest to opisywany negatywny stereotyp osób chorych. Sylwetka osoby z zaburzeniami psychicznymi kreuje się w obrębie osoby odmiennej od większości ludzi, osoby, która nie umie się wypowiedzieć i zachować, jako mniej sprawna intelektualnie, zaniedbana, śmieszna, niebezpieczna, nieprzewidywalna, niesamodzielną, jako osoba, która nie ma szans na wyzdrowienie [4]. Jest też stereotyp pozytywny chorych psychicznie. Jest to postrzeganie, jako osoby bardzo wrażliwej, więcej rozumiejącej i bardziej kreatywnej. Jednak stereotypy negatywne zdecydowanie przeważają w życiu społecznym.

Chory psychicznie jest zazwyczaj wykluczany ze społeczeństwa, pozbawiany podejmowania ról społecznych oraz zawodowych. Niejednokrotnie ludzie nie pozwalają na prowadzenie im kontaktów towarzyskich i jest to najbardziej powszechna konsekwencja napiętnowania, stygmatyzacji osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Dystansowanie się wobec osoby chorej psychicznie, nazywanie ich osobami małowartościowymi, bezużytecznymi czy niebezpiecznymi prowadzi do ograniczenia aktywności takiej osoby, samo wycofanie się spycha ich na margines społeczności [5]. Pozbawienie chorego praw, dyskryminacja, wzbudzenie w nim lęku i wzmocnienie poczucia, że jest napiętnowany, odpychany przez społeczeństwo i izolowany, może doprowadzić do agresywnych i autoagresywnych reakcji obronnych. Taki sposób widzenia osób chorych ogranicza komfort zdrowienia, powoduje podważenie wiary w siebie i izolację społeczną. Taka osoba zamyka się w sobie ze względu na chorobę, ale także ze względu osamotnienia i odrzucenia. Wszystkie te elementy powodują zakłócenie i uniemożliwienie powrotu do zdrowia [6].

Chorzy psychicznie żyją pośród nas. Wykluczanie ich ze społeczeństwa, nadawanie im etykiet i określanie ich negatywnymi wyrażeniami powoduje wycofanie się, utratę wiary we własne możliwości i wyzdrowienie. Brak życzliwości, niechęć do współpracy tylko potęguje w nich nawrót choroby. Kolejną negatywną konsekwencją społecznego napiętnowania jest wykluczenie osób, które przebyły chorobę psychiczną, u których przemijają objawy choroby i kłopotliwych zachowań z pełnienia ról społecznych. Sprzeciw do objęcia posady, w której podejmowana jest odpowiedzialność za inne osoby tylko dowodzi, że pojęcie piętna społecznego przenoszone jest też na osoby już zdrowe. Dziwnym problemem jest ukrywanie własnej choroby przed ludźmi i zaprzeczanie tego, że jest się chorym. Dowodzi to jak bardzo problem zdrowia psychicznego jest napiętnowany. Takim sposobem ludzie chorzy mają mniejsze szanse na wyzdrowienie i udzielenie im pomocy we właściwym czasie.

Obyczaje życia codziennego oraz potoczny język, jakim się posługujemy podsuwają społeczeństwu na pierwszy plan wzorce piętnowania, stygmatyzacji, dystansowania się do nich oraz dyskryminacji. Aby tendencja piętnowania zmalała prowadzone były różne akcje pod hasłami: „Lecz depresję”, „Odnaleźć siebie”, „Zdrowie psychiczne. Nie odrzucaj. Spróbuj pomóc”, „Schizofrenia. Otwórzcie drzwi”, jednak nie przyniosły one istotnie zauważalnych skutków [7].

Epidemiologia zaburzeń psychicznych

Badania Światowej Organizacji Zdrowia donoszą, że ponad 500 milionów ludzi na świecie choruje na jedną z chorób psychicznych, którą jest np. alkoholizm, czy też choroby związane z przyjmowaniem środków psychoaktywnych. Przyjmuje się, że 1,5-2% populacji z całego świata choruje na chorobę psychiczną, natomiast w Polsce w 2010 roku, z danych pochodzących ze Statystyki Publicznej Ministerstwa Zdrowia, odnotowano że prawie 1,5 mln osób korzystało z poradni zdrowia psychicznego, co stanowiło 4,36% populacji [8].

W 2000 roku w Polsce rozpowszechnienie schizofrenii w poradniach zdrowia psychicznego wynosiło 2,7 na 1000 mieszkańców, natomiast w szpitalach psychiatrycznych wskaźnik wynosił 0,81 na 1000 mieszkańców. Dane te oznaczają, że w roku 2000 w poradniach leczono się 104,5 tys. osób, a w szpitalach 31 tys. osób z powodu schizofrenii [8].

Paranoja i zaburzenia paranoiczne sprawiły trudności w ustaleniu epidemiologii, jedyne dane dotyczące tej choroby pochodzą z 1995 roku. W Polsce leczonych było 2,7% wszystkich pacjentów z diagnozą paranoidalną. Dane zebrane w tym roku wskazują, że paranoja i zaburzenia paranoidalne ujawniają się w średnim wieku (35-45 rok życia) i najczęściej zapadają na nią kobiety, ludność miejska oraz emigranci [9].

Choroby afektywne dzielą się na choroby jednobiegunowe oraz dwubiegunowe. Rozpowszechnienie chorób jednobiegunowych dotyczy różnych grup wiekowych i w każdych grupach wiekowych są inne dane. W wieku 35-45 lat choruje ok. 10% całej populacji na choroby jednobiegunowe. W starszym wieku choruje ok. 20% ludności. Faktyczne oszacowanie choroby w społeczeństwie jest trudne, gdyż choroba nie jest rozpoznana u wielu osób [9]. Dane wykazują, że ponad 15% chorych zgłaszających się do lekarza rodzinnego, to chorzy z depresją kwalifikującą się do leczenia. Inne dane donoszą, iż w populacji od 0 do 18 roku życia chorowało aż 7.840.426 osób. Od 4 do 5% całej populacji choruje na choroby afektywne dwubiegunowe. W badaniach przeprowadzonych na 880 chorych z epizodem depresyjnym, leczących się w warunkach domowych wykazano, że aż u 60% wystąpiły cechy zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [10].

Nerwice są najbardziej rozpowszechnioną chorobą w społeczeństwie i jej częstość występowania sięga ok. 30% całej populacji. Wiąże się to z tym, iż człowiek w dzisiejszych czasach jest często narażony na stres. Do lekarza zgłasza się z dolegliwościami około 15% populacji, natomiast leczonych ambulatoryjnie jest aż 40% [10,11].

Zaburzenia osobowości stanowią 5-8% wszystkich chorych zgłaszających się do lekarza specjalisty i aż 7,4-50% chorych hospitalizowanych jest w szpitalach psychiatrycznych. Częściej chorują mężczyźni niż kobiety [11,12].

Przyczyny i objawy zaburzeń psychicznych

Przyczyny powstania zaburzeń psychicznych nie są do końca znane, lecz można wymienić czynniki endogenne, które są związane z predyspozycją genetyczną. Kolejne to czynniki somatyczne, czyli czynniki patogenne oraz choroby prowadzące do zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego. Ostatnie to czynniki psychogenne, które są związane z wadliwym rozwojem psychicznym, społecznym, a także nieprawidłowymi sytuacjami i wydarzeniami, które prowadzą do powstania stresu psychicznego [13].

Choroby psychiczne dotyczą najczęściej osób od 15 do 35 roku życia. Płeć nie ma znaczenia w chorobie psychicznej, zapadają na nią mężczyźni, jak i kobiety [14].

Choroby afektywne, jak i schizofrenia są predysponowane czynnikami genetycznymi. Udowodniono to na podstawie badań klinicznych wykonanych w latach 90-tych poprzez badanie rodzin, bliźniąt oraz badania adopcyjne. Udział czynników genetycznych wykazuje wysokie ryzyko dla danej osoby, gdy jest blisko spokrewnioną z osobą chorą. W chorobach afektywnych udział czynników genetycznych jest znaczny. Zachorowanie wśród bliźniąt jednojajowych sięgać może nawet do 80%, czyli tylko 20% to czynniki niezwiązane z genetyką. Natomiast schizofrenia jest determinowana genetycznie w 50% [13,14].

W powstawaniu chorób psychicznych ważną rolę odgrywają również czynniki psychospołeczne. Czynniki te obejmują zjawiska przetwarzania przez ośrodkowy układ nerwowy informacji o otaczającym nas świecie i osobie w społeczeństwie w ciągu naszego, całego życia. Jeżeli dojdzie do nieprawidłowości w przetwarzaniu informacji przez ośrodkowy układ nerwowy, to w późniejszym okresie wystąpi deficyt w zakresie społecznego uczenia się i warunkowania oraz problemy związane ze stresem psychicznym. Stres najczęściej jest wywołany przez różnego rodzaju wydarzenia oraz sytuacje. Sytuacje, które najbardziej mają wpływ na stres psychospołeczny to podjęcie trudnej i kompetentnej decyzji, śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, ciężki wypadek, ale także pozytywne wydarzenia, jakimi są narodziny dziecka, ślub, przeprowadzka, awans czy też rozpoczęcie nauki w nowej szkole,

mieście. Do powstania choroby dochodzi wtedy, gdy opisane wydarzenia skumulują się lub też nałożą na siebie i trafią na człowieka, który jest niedostatecznie „uzbrojony” [15].

Wśród charakterystycznych objawów chorób psychicznych należy wymienić: zaburzenia czynności poznawczych, zaburzenia pamięci, zaburzenia spostrzegania, zaburzenia myślenia, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia świadomości, zaburzenia kontroli impulsów. [11,12,13,14,15].

Leczenie chorób psychicznych

Jest kilka metod leczenia chorób psychicznych: leczenie farmakologiczne, elektrowstrząsy, fototerapia, leczenie psychochirurgiczne, przezczaszkowa stymulacja magnetyczna oraz psychoterapia [11,13,16].

Leczenie farmakologiczne jest obszernym działem leczenia biologicznego. Istnieje wiele podziałów leków ze względu na różne objawy choroby, a także różne spektrum działania. Wyróżniamy leki przeciwpsychotyczne, przeciwdepresyjne, przeciwłękowe, pro kognitywne, psychostymulujące, normotymiczne, przeciwparkinsonowskie [11,16].

Elektrowstrząsy są techniką najlepiej przebadaną i skuteczną w leczeniu depresji. Mają jednak najgorszy odbiór społeczny i wzbudzającą liczne kontrowersje. Technika ta jest stosowana jednak tylko w najcięższych i zagrażających życiu lekoodpornych zaburzeniach psychicznych, czyli w depresji w przebiegu choroby afektywnej, schizofrenii, ostrej katatonii, manii w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych [17].

Fototerapia znajduje zastosowanie w depresji sezonowej, gdy zmniejsza się ilość światła dziennego, zaburzeniach snu oraz w zaburzeniach nastroju. Jest metodą leczenia z wyboru u chorych na depresję zimową [18].

Leczenie psychochirurgiczne-neurochirurgiczne polega na przerywaniu połączeń nerwowych mózgu, by złagodzić objawy występujące u chorego. Aktualnie zabiegi psychochirurgiczne są rzadko stosowane (w przypadku przerywania ognisk padaczkorodnych, czy też leczenie silnego bólu) [11,14,15].

Przezczaszkowa stymulacja magnetyczna wykorzystuje silne impulsywne pole magnetyczne, które drażni struktury mózgowia. Metoda ta jest w dalszym stopniu badana ze względu na jej

skuteczność. Znajduje zastosowanie w leczeniu zaburzeń depresyjnych, obsesyjno-kompulsywnych oraz zespołu stresu pourazowego [19].

Jedną z nieinwazyjnych metod leczenia chorób psychicznych jest *psychoterapia*. Psychoterapia polega na uzyskaniu u pacjenta zmian w zakresie przeżywania i odczuwania czynników motywacyjnych, które w rezultacie prowadzą do zaprzestania występowania objawów. Jest to metoda, która może doprowadzić do całkowitego usunięcia objawów choroby. Jest stosowana jako metoda uzupełniająca leczenia farmakologicznego [11,13,20].

Celem pracy było dokonanie oceny postaw młodzieży i osób dorosłych wobec osób chorych psychicznie.

Material i metody badań

Badania zostały przeprowadzone w grupie 100 osób uczęszczających do VI Liceum Ogólnokształcącego w Białymstoku oraz Liceum Ogólnokształcącego w Siemiatyczach oraz 100 osób dorosłych w wieku od 20 do 50 roku życia z terenu Siemiatycz oraz Białegostoku. Kryterium doboru grup badawczych był jedynie wiek.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki, jaką była ankieta. Kwestionariusz ankiety został opracowany przez autorów w oparciu o literaturę przedmiotu. Kwestionariusz składał się z metryczki – 5 pytań ogólnych dotyczących wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykonywanego zawodu oraz stanu cywilnego oraz z 21 pytań dotyczących poruszanej problematyki określonych w celach pracy.

Udział w badaniach był anonimowy i dobrowolny, o czym ankietowani byli uprzedzeni na wstępie badań. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki UMB nr R-I-002/451/2014 z dnia 27.XI.2014.

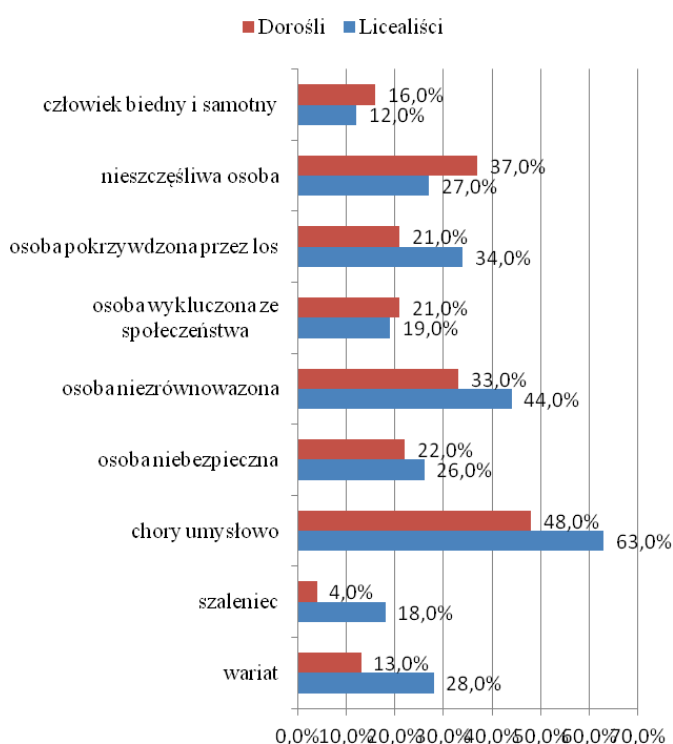
Wyniki

Charakterystyka respondentów

Przebadanych zostało 200 osób, z czego 50,0% stanowili licealiści, a pozostałe 50,0% to osoby dorosłe (20-50 lat). Wśród badanych, 68,5% stanowiły kobiety, pozostałe 31,5% stanowili mężczyźni. 51,9% ankietowanych kobiet pochodziło ze wsi, 48,1% pochodziło z miasta, 30,9% ankietowanych mężczyzn zamieszkuje wieś, natomiast aż 69,1% mężczyzn pochodziło z miasta. Wśród ankietowanych 56,5% stanowiły osoby będące w stanie wolnym, 42,5% osoby w związku małżeńskim, a najmniejszą grupę stanowiły osoby rozwiedzione/ w separacji oraz grupa wdów/wdowców (0,5%).

Analiza uzyskanych wyników

Na pytanie o pierwsze skojarzenie z osobą chorą psychicznie najczęstszą odpowiedzią uczących się w LO oraz osób dorosłych, była odpowiedź „chory umysłowo” (Ryc. 1).



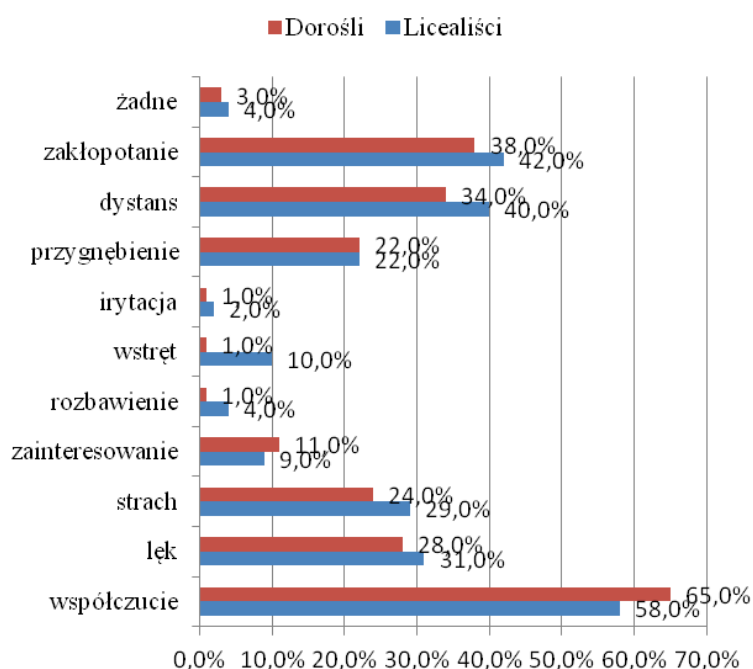
Ryc. 1. Pierwsze skojarzenie z chorym psychicznie*

* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Na pytanie „Z jakimi chorobami psychicznymi kojarzy się najczęściej Panu/Pani chory psychicznie?” grupa kobiet ze wsi uczących się w LO udzieliła odpowiedzi, iż jest to schizofrenia i nerwica, kobiety z miasta wybrały odpowiedź schizofrenia. Najmniej kojarzoną odpowiedzią w tej grupie była bulimia. Kobiety z grupy dorosłej najczęściej zaznaczały również schizofrenię, a najmniej ADHD. Szczegóły przedstawia Tabela I.

W grupie kobiet uczących się w liceum ze wsi, jak i z miasta współczucie było najczęściej zaznaczaną odpowiedzią na pytanie o emocje wywoływane przez chorego psychicznie. Spośród grupy mężczyzn w wieku licealnym zarówno ze wsi, jak i z miasta choroby psychicznie najczęściej wywołują u nich współczucie oraz dystans. U najmniejszej grupy osób chory psychicznie wywołuje rozbawienie oraz irytację. U kobiet dorosłych ze wsi jak i z miasta choroby psychicznie wywołują u nich współczucie. Dorośli mężczyźni ze wsi na pytanie o emocje wywoływane przez osobę chorą psychicznie stwierdzili, że jest to najczęściej współczucie oraz zakłopotanie, mężczyźni z miasta odpowiedzieli podobnie (Tabela II).

Osoba chora psychicznie według ankietowanych wywołuje u nich współczucie, natomiast tylko nieliczni są poirytowani w obecności osób chorych psychicznie (Ryc 2).



Ryc. 2. Emocje wywoływane przez osoby chore psychicznie

* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Tabela I. Choroby kojarzące się z chorym psychicznie

Przykładowe odpowiedzi	Licealiści						Dorośli					
	Kobieta			Mężczyzna			Kobieta			Mężczyzna		
	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto
schizofrenia	N 11 28,9%	N 27 71,1%	N 13 46,4%	N 15 53,6%	N 22 27,8%	N 57 72,2%	N 6 60,0%	N 4 40,0%	N 11 28,9%	N 27 71,1%	N 13 46,4%	N 15 53,6%
otępienie	5 71,4%	2 28,6%	0 0,0%	5 100,0%	6 50,0%	6 50,0%	2 100,0%	0 0,0%	5 71,4%	2 28,6%	0 0,0%	5 100,0%
depresja	6 25,0%	18 75,0%	8 61,5%	5 38,5%	11 24,4%	34 75,6%	4 57,1%	3 42,9%	6 25,0%	18 75,0%	8 61,5%	5 38,5%
Alzheimer	3 42,9%	4 57,1%	2 50,0%	2 50,0%	0 0,0%	6 100,0%	1 50,0%	1 50,0%	3 42,9%	4 57,1%	2 50,0%	2 50,0%
Parkinson	1 50,0%	1 50,0%	1 25,0%	3 75,0%	0 0,0%	1 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 25,0%	3 75,0%
ADHD	9 69,2%	4 30,8%	8 36,4%	14 63,6%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	9 69,2%	4 30,8%	8 36,4%	14 63,6%
Anoreksja	1 14,3%	6 85,7%	0 0,0%	3 100,0%	3 16,7%	15 83,3%	2 66,7%	1 33,3%	1 14,3%	6 85,7%	0 0,0%	3 33,3%
autyzm	4 66,7%	2 33,3%	4 23,5%	13 76,5%	3 33,3%	6 66,7%	2 100,0%	0 0,0%	4 66,7%	2 33,3%	4 23,5%	13 76,5%
bulimia	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%	4 100,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	2 100,0%
nerwica	11 45,8%	13 54,2%	10 62,5%	6 37,5%	11 31,4%	24 68,6%	4 57,1%	3 42,9%	11 45,8%	13 54,2%	10 62,5%	6 37,5%
z żadnym z wymienionych	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%

* wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Tabela II. Emocje wywoływane przez osoby chore psychicznie

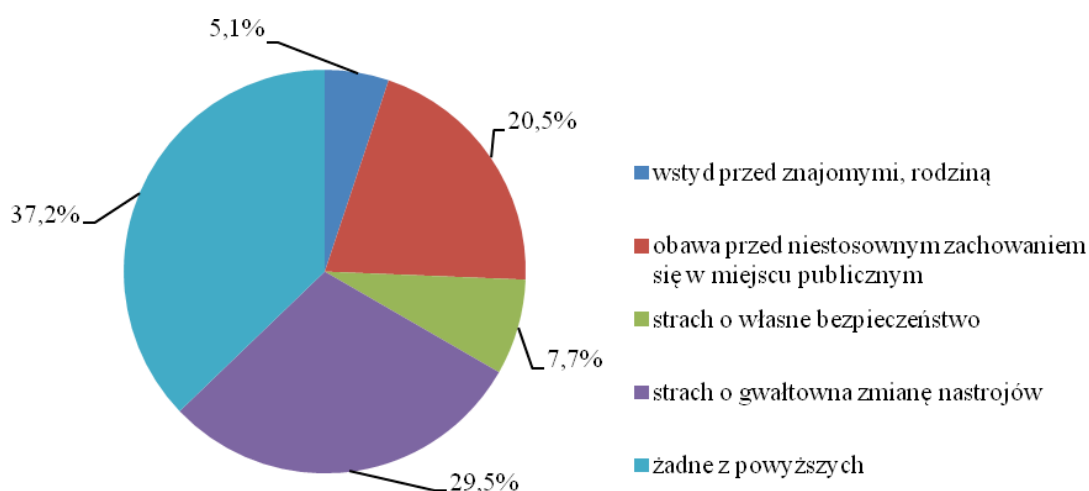
Przykładowe odpowiedzi	Licealiści								Dorośli							
	Kobieta				Mężczyzna				Kobieta				Mężczyzna			
	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto		
Współczucie	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	1	37,1%	22	62,9%	10	43,5%	13	56,5%	13	23,2%	43	76,8%	7	77,8%		
Lęk	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	3	37,1%	22	62,9%	10	43,5%	13	56,5%	13	23,2%	43	76,8%	7	77,8%		
Strach	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	7	36,8%	12	63,2%	3	25,0%	9	75,0%	2	8,0%	23	92,0%	2	66,7%		
Zainteresowanie	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	4	22,2%	14	77,8%	4	36,4%	7	63,6%	1	5,3%	18	94,7%	2	40,0%		
Rozbawienie	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	1	20,0%	4	80,0%	2	50,0%	2	50,0%	5	45,5%	6	54,5%	0	0,0%		
Wstręt	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	2	66,7%	1	33,3%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
Irytacja	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	1	33,3%	2	66,7%	1	14,3%	6	85,7%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%		
Przygnębienie	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%		
Dystans	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	5	62,5%	3	37,5%	5	35,7%	9	64,3%	6	28,6%	15	71,4%	0	0,0%		
Zakłopotanie	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	4	20,0%	16	80,0%	8	40,0%	12	60,0%	8	27,6%	21	72,4%	4	80,0%		
Zadne	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*		
	1	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	0	0,0%		

*wyniki nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi

Na podstawie przeprowadzonych badań, 47,0% ankietowanych dorosłych odpowiedziało, że zna osobiście osobę chorą psychiczną, 31,0% licealistów również zna taką osobę.

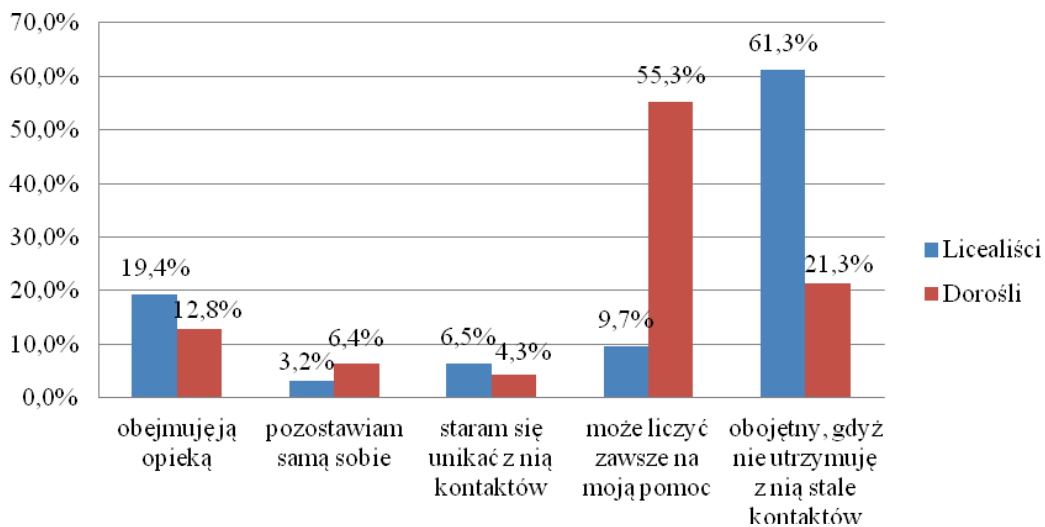
Na zadane pytanie „Czy fakt, że osoba jest chora psychicznie, czy nie przeszkadza to w relacjach z tą osobą” 47,4% ankietowanych odpowiedziało, że nie, dla 20,5% jest to obojętne, a 32,1% odpowiedziało, że to ma znaczenie w relacjach.

37,2% ankietowanych dopowiedziało, iż wstydziłoby się utrzymania kontaktów przed znajomymi i rodziną z osobą chorą psychicznie, tylko 7,7% ankietowanych boi się o własne bezpieczeństwo w kontakcie z taką osobą (Ryc. 3).



Ryc. 3. Wpływ na relacje z osobą chorą psychicznie

Z uzyskanych danych na zadane pytanie „Jaki jest stosunek wobec osoby chorej psychicznie” ankietowani licealiści najczęściej odpowiadali, iż osoba chora jest im obojętna, gdyż nie utrzymują z nią stałego kontaktu, dorośli zaś zaoferowaliby swoją pomoc. Nieliczni pozostawiliby taką osobę samą sobie lub też unikaliby z nią kontaktu (Ryc. 4).



Ryc. 4. Stosunek wobec osoby chorej psychicznie z podziałem na licealistów i osoby dorosłe

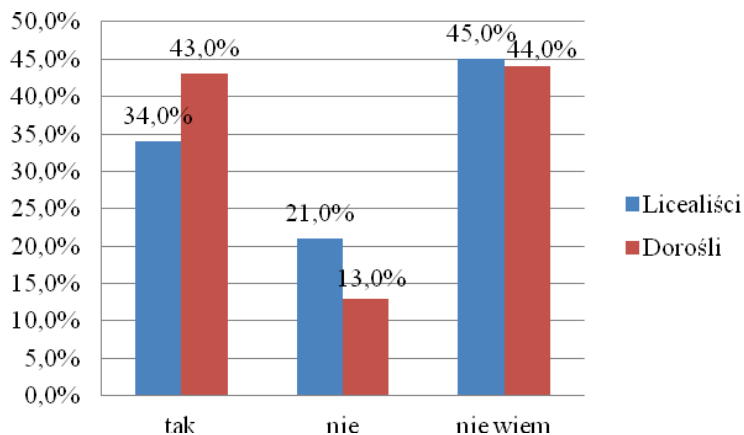
Na zadane pytanie o stosunek, co do powstania placówki dla chorych psychicznie w pobliżu miejsca zamieszkania 46,5% ankietowanych nie miałoby nic przeciwko temu.

Z danych przedstawionych w Tabeli III wynika, że licealiści w 45% oraz dorośli w 46% zdecydowanie byliby przeciwni, aby ich lekarzem była osoba, która przeszła leczenie psychiatryczne, natomiast zdecydowanie nie mieliby nic przeciwko, gdyby ich ekspedientką byłaby osoba chora psychicznie, odpowiednio jest to 35% i 29%.

Tabela III. Stosunek licealistów i dorosłych wobec różnych specjalności osób chorych po leczeniu szpitalnym funkcjonujących w społeczeństwie

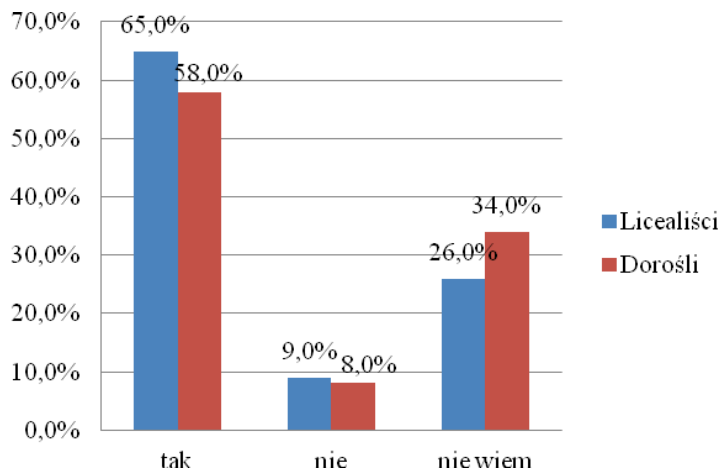
Przykładowe odpowiedzi	Licealiści					Dorośli				
	zdecydowanie byłbym/abym przeciwny/a	byłbym/abym przeciwny/a	raczej nie miałbym/abym nic przeciwko temu	nie byłbym/abym przeciwny/a	zdecydowanie nie miałbym/ałabym nic przeciwko	zdecydowanie byłbym/abym przeciwny/a	byłbym/abym przeciwny/a	raczej nie miałbym/abym nic przeciwko temu	nie byłbym/abym przeciwny/a	zdecydowanie nie miałbym/ałabym nic przeciwko
współpracownikiem	9,0%	16,0%	46,0%	14,0%	15,0%	7,0%	15,0%	55,0%	14,0%	9,0%
Lekarzem	45,0%	28,0%	21,0%	2,0%	4,0%	46,0%	22,0%	24,0%	7,0%	1,0%
Sąsiadem	9,0%	15,0%	38,0%	15,0%	23,0%	5,0%	16,0%	37,0%	25,0%	17,0%
Nauczycielem	33,0%	31,0%	20,0%	13,0%	3,0%	22,0%	31,0%	25,0%	14,0%	8,0%
synową/zięciem	28,0%	30,0%	22,0%	15,0%	5,0%	27,0%	34,0%	24,0%	12,0%	3,0%
współlokatorem	41,0%	25,0%	19,0%	13,0%	2,0%	25,0%	28,0%	31,0%	11,0%	5,0%
ekspedientką	10,0%	8,0%	21,0%	26,0%	35,0%	6,0%	7,0%	42,0%	16,0%	29,0%

Ankietowanych zapytano, „Czy zdecydowaliby się na związek małżeński z osobą, u której w rodzinie występuje chory psychicznie”. Większość, zarówno licealistów, jak i osób dorosłych odpowiedziało, że nie zastanawiali się nad taką możliwością (Ryc. 5).



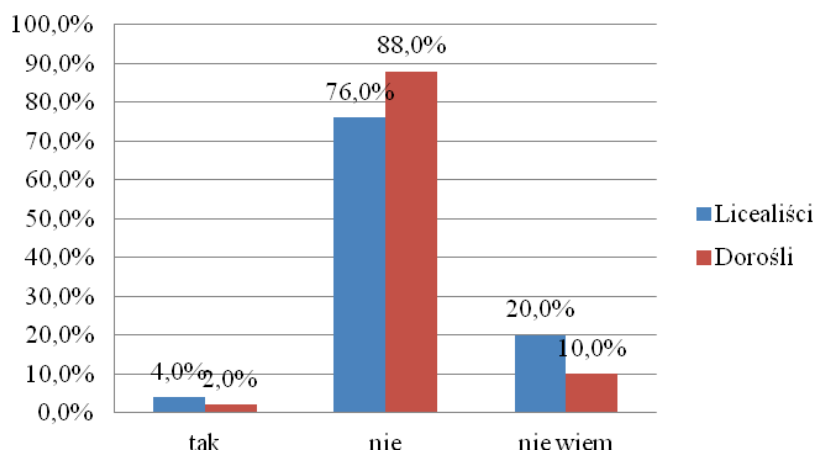
Ryc. 5. Decyzja o zawarciu związku małżeńskiego z osobą, u której występuje w rodzinie chory psychicznie

Na pytanie „Czy ciężko funkcjonuje się z osobą chorą psychicznie” 65,0% licealistów i 58,0% dorosłych uważało, że ciężko funkcjonuje się z taką osobą. Mała grupa ankietowanych uważała, że nie jest to uciążliwe (Rycina 6).



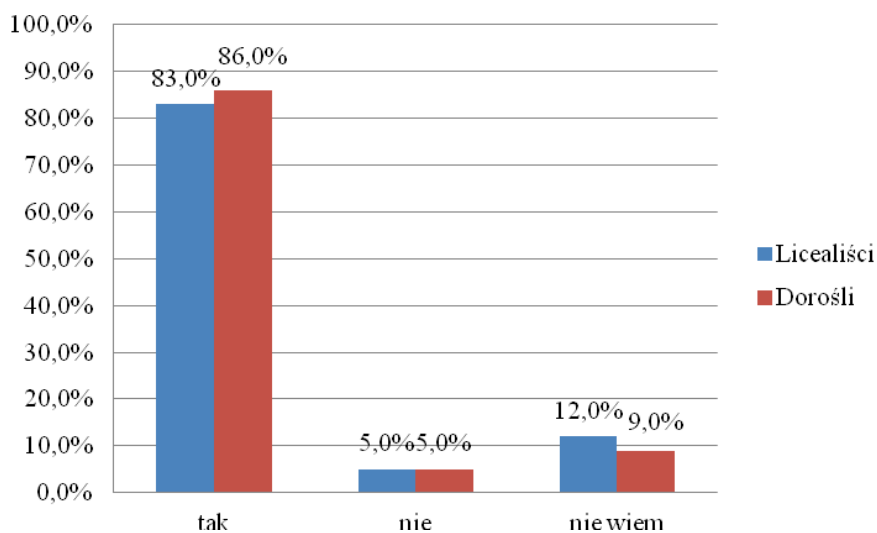
Ryc. 6. Opinia respondentów na zadane pytanie o trudności w funkcjonowaniu z osobą chorą psychicznie z podziałem na licealistów i osoby dorosłe

W badanej populacji 82,0% ankietowanych uważa, że osoby chore psychicznie nie powinny być izolowane od reszty społeczeństwa. Tylko 3,0% ankietowanych uważało, że jest to potrzebne. Dane przedstawione na Rycinie 7 pokazują, iż licealiści i dorośli odnieśli się do poruszanej kwestii.



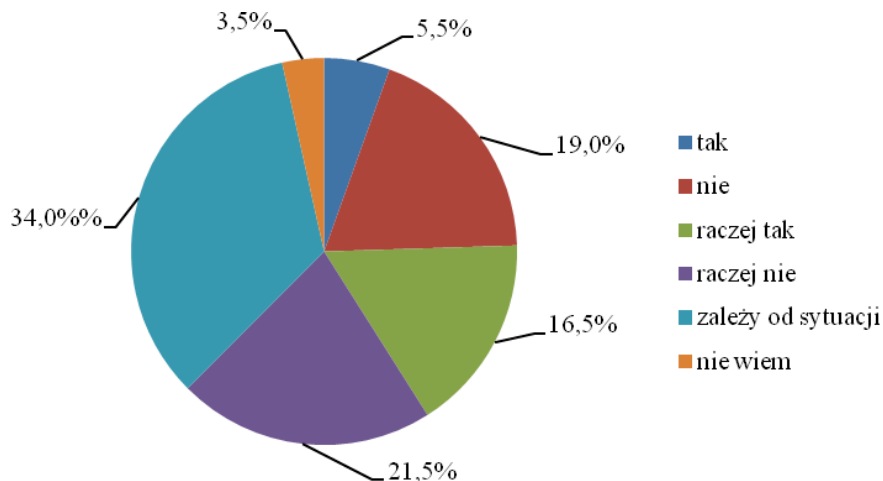
Ryc. 7. Izolacja osób chorych psychicznie od reszty społeczeństwa

Licealiści oraz dorośli na zadane pytanie „Czy osoby chore psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie” odpowiedzieli podobnie, bo aż 83,0% ankietowanych licealistów oraz 86,0% ankietowanych dorosłych stwierdziło, że jest to trudne (Ryc. 8).



Ryc. 8. Trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie osób chorych psychicznie

Większość respondentów boi się przebywać sam na sam z osobą, która leczy się u psychiatry (Ryc. 9).



Ryc. 9. Przebywanie z osobą sam na sam, która leczy się u psychiatry

66,5% ankietowanych uważa, że należy wspierać osoby chore psychicznie, 29,0% nie wie, a tylko 4% uważa, że nie.

Dyskusja

Stosunek społeczeństwa do osób chorych psychicznie zmienia się z roku na rok. Jedni takie osoby określają w sposób negatywny, jako „czubek, wariat, szurnięty, porąbany, walnięty”. Wyniki przeprowadzone przez CBOS w 1996 roku ukazują, że aż 67,0% społeczeństwa określa osoby chore psychicznie pejoratywnymi określeniami, natomiast w 2008 roku tendencje się zmieniają na lepsze [21].

W przeprowadzonych przez nas badaniach wykazano, iż 98% respondentów postrzega osobę chorą psychicznie, jako osobę chorą umysłowo, co nie jest określeniem negatywnym.

W przeprowadzonych badaniach przez Wciórka i wsp. na zadane pytanie „Czy choroby psychiczne są uleczalne” większość społeczeństwa odpowiedziała pozytywnie. 58,0% społeczeństwa uważało, że osoby chore psychicznie mogą wyzdrowieć, a tylko 31,0% uważało, że osoby chore pozostaną chore do końca życia. Odpowiedzi różnią się w zależności od wieku i wykształcenia oraz od tego, czy mieli bezpośredni kontakt z osobą chorą psychicznie, czy też zetknęli się z taką osobą tylko przez media czy literaturę. W wynikach widać, że większość ankietowanych, którzy znają się z taką osobą odpowiedziało optymistycznie [22]. Z kolei z badań przeprowadzonych przez CBOS można zauważyć, że

59,0% ankietowanych uważało, iż choroby psychiczne są wyleczalne, natomiast 27,0% uważało, że osoby chore pozostaną już chore do końca życia [21].

Z naszych badań wynika, że 39,0% spośród ankietowanych znało osobę chorą psychicznie osobiście, a 38,5% uważało, że choroby psychiczne są wyleczalne.

Osoba chora psychicznie w każdym z nas wywołuje skrajne emocje, jedni współczują inni się boją. Badania przeprowadzone przez Wciórka i wsp. ukazują pierwsze reakcje przy spotkaniu osoby chorej psychicznie, 57,0% współczuje takiej osobie, natomiast 37,0% boi się jej [22].

Na podstawie opracowanych wyników badań w niniejszej pracy można zauważyć, iż osoba chora psychicznie wywołuje podobne emocje. Społeczeństwo współczuje, a za razem boi się osoby chorej psychicznie.

Badania przeprowadzone przez Wciórka i wsp. ukazują dane na zadane pytanie „Czy zna się osobę chorą psychicznie?”. 39,0% odpowiedziało, że zna taką osobę osobiście, że jest ona w kręgu ich dalekich znajomych, natomiast 7 respondentów odpowiedziało, iż sami byli poddani leczeniu psychiatrycznemu [7,22]

Wyniki z przeprowadzonych badań można porównać do wyników badań Wciórki i wsp. 39,0% odpowiedziało podobnie, iż zna taką osobę, natomiast 61,0% nie zna osobiście osoby chorej psychicznie.

Badania przeprowadzone w 2012 roku ukazują, że 37,0% dostrzega w swoim otoczeniu życzliwy charakter wobec osób chorych psychicznie, natomiast 30,0% jest wobec nich obojętnych, tylko 21,0% czuje do nich niechęć i obrzydzenie. Życzliwy charakter zauważa się u osób dorosłych powyżej 40 roku życia, natomiast osoby młodsze częściej okazują obojętność wobec osób chorych [21].

W wynikach przeprowadzonych na grupie licealistów i osób dorosłych do 50-tego roku życia wynika, iż ta tendencja się nie zmieniła. Licealiści są bardziej obojętni wobec takich osób, natomiast osoby dorosłe chętniej pomagają i otaczają taką osobę opieką nie zostawiając jej samej sobie.

Osoby chore psychicznie nie są dobrze odbierane wśród społeczeństwa. W dzisiejszych czasach stosunek, co do izolacji osób z zaburzeniami psychicznymi jest znikomy i większość społeczeństwa uważa, że nie powinno się ich odsuwać od normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Tylko 12,0% respondentów uważa, iż takie osoby należy odizolować od

zdrowego społeczeństwa, natomiast reszta ankietowanych uważa, że trzeba takim osobom dać szanse na normalne życie [23].

Badania przeprowadzone na grupie osób dorosłych i licealistów dowodzą, iż dają oni szanse na normalne funkcjonowanie w społeczeństwie osobom chorym psychicznie. 82,0% respondentów nie wyraża zgody na izolację takich osób, co jest wynikiem pozytywnym, negatywnie nastawieni do takiego społeczeństwa jest tylko 3,0% ankietowanych i oni odizolowaliby osoby chore od siebie.

Spółeczeństwo z roku na rok ma coraz większą świadomość na temat chorób psychicznych i chorych psychicznie, co jest bardzo pozytywne. Osoby chore nie są już postrzegane jako wariaci, tylko jak osoby chore psychicznie, co ma całkiem inne znaczenie. Jednak jeszcze w większości umysłach osoba z zaburzeniami psychicznymi na zawsze pozostanie osobą, która jest niebezpieczna i należy jej unikać.

Wnioski

1. Zarówno licealiści, jak i osoby dorosłe postrzegają osobę chorą psychicznie, jako chorą umysłowo.
2. Postawa młodzieży i osób dorosłych wobec osób chorych psychicznie jest pozytywna, ponieważ współczują takiej osobie oraz nie przeszkadza im fakt, że jest to osoba chora psychicznie w relacjach z nią.
3. Licealiści boją się niestosownego zachowania takich osób w towarzystwie, natomiast dorośli obawiają się ich zmiennego nastroju.
4. Obie grupy uważają, że osoby chore psychicznie nie powinny być izolowane od społeczeństwa oraz, że mogą być czynne zawodowo.

Bibliografia

1. Stout P., Villegas J., Jennings N.: Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophr Bull*, 2004; 30(3), 543-561.

2. Dyduch A., Grzywa A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2009; 26, 263–267.
3. Erenc J., Pankiewicz P., Lemska M.: Jak postrzegana jest osoba chora psychicznie. *Psychiatria Polska*, 2013; 60-82.
4. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań CBOS. Warszawa 2005.
5. Schulze B., Angermeyer M.: Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 2003;56, 299-312.
6. Witkowska B.: Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. *Przegląd Psychologiczny*, 2001; 44(2), 239-254.
7. Wciórka B, Wciórka J.: Stereotyp i dystans choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego. *Postępy Psychiatrii Neurologicznej*, 2000; 9(3), 353-382.
8. Aleksandrowicz J.: Epidemiologia zaburzeń psychicznych. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003; 53-57; 67-69, 89-90.
9. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J.: *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010; 56-67.
10. Wojtyniak B., Goryński P.: *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008; 11-12.
11. Rymaszewska J., Adamowski T., Pawłowski T., Kiejna T.: Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005; 14, 195-200.
12. Kantorska-Janiec M., Kiejna A., Świątkiewicz G., Zagnańska M.: Epidemiologia zaburzeń psychicznych – dotychczasowe doświadczenia. *Psychiatria Polska*, 2009; 43, 375–385.
13. Wciórka J., Pużyński S., Rybakowski J.: *Psychiatria*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 234-264; 344-353.
14. Bilikiewicz A. (red.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 45-70.

15. Sęk H.: Psychologia kliniczna. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2003; 50-78.
16. Heitzman J.: Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 12-18; 34-56; 78-92.
17. Hese R.T. (red.): Elektrowstrząsy w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2007; 24-28.
18. Joško-Ochojska J., Oleszko A.: Wykorzystanie fototerapii w praktyce klinicznej. Problemy Higieniczno Epidemiologiczne, 2013; 94(4), 718-721.
19. Zyss T.: Przechczaszkowa stymulacja magnetyczna w terapii depresji – zagadnienia placebo i zapewnienie warunków ślepej próby, oraz inne problemy metodologiczne. Psychiatria Polska, 2011; 45(1), 117-134.
20. Popiel A., Pragłowska E.: Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Wiadomości Psychiatryczne, 2004; 7(1), 71-74.
21. Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań 2008. CBOS, Warszawa 2008.
22. Wciórka B., Wciórka J.: Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2006; 15(4), 255-267.
23. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa; 2008, 12-25.

Zaburzenia odżywiania – od anoreksji do bulimii

Krystyna Klimaszewska¹, Monika Stanisławska²

¹ – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² – Szpital Wojewódzki w Łomży

Wprowadzenie

Od początków istnienia ludzkości, chęć przeżycia w środowisku był podstawowym wyznacznikiem życia. „Od zarania dziejów ludzkość poszukująca żywności wytyczała drogi poznania świata. Głód był motorem postępu i wciąż pozostaje źródłem wszelkiej ludzkiej energii, dobrej i złej; jest podstawą rozwoju, przyczyną konfliktów, alibi dla sumienia, ceną ludzkiego trudu. Wokół żywności wyrastały cywilizacje i z jej powodu popełniano zbrodnie, ustanawiano prawa i zdobywano wiedzę” [1].

Przez tysiąclecia ludzkości, ideał kobiecego ciała ulegał powolnym, lecz ogromnym zmianom. Od czasów prehistorycznych kobiety postrzegane były jako kapłanki domowego ogniska. Były przygotowywane do pełnienia ról matek, żon, opiekunek. Najbardziej doskonałą figurą kobiecą w czasach przeszłych była ta, o bujnych kształtach. Duży biust, szerokie biodra, pełne uda i krągłości brzucha gwarantowały to, że kobieta będzie dobrą, zdrową matką mogącą urodzić i wykarmić dużą ilość potomstwa.

Moda na kobiecą sylwetkę przez wieki ulegała zmianom, dzisiejsze czasy nie są zbyt przyjazne kobietom. Uliczne billboardy, telewizja, prasa i przemysł rozrywkowy epatują kobietami o smukłych, kształtnych, wysportowanych ciałach. Podziały stosowane we wszystkich dziedzinach życia dzielą je na te ładne, czyli dobre, przebojowe, szczupłe, umięjące znaleźć się w życiu i te złe, brzydkie, grube, na które nie trzeba, a nawet nie należy zwracać uwagi. Ogromna ilość dziewcząt i kobiet zafascynowana możliwościami, jakie daje świat, stara się dorównać aktorkom, modelkom, piosenkarkom, celebrytkom, które niezauważalnie stają się ich ikonami. Wiele z nich pragnąc urzeczywistnić swoje marzenia, daje się wciągnąć w nigdy niekończący się serial pt.: A kiedy będę taka jak „Ona”... to...”.

Stosując różne, coraz bardziej wyniszczające diety i metody doprowadzające do zaburzeń w sferze ciała jak i ducha, stają się cieniem swojego „ja”. Nadwaga i idąca z nią prawdopodobna późniejsza otyłość, w przeważającej części przypadków są powodem rozwoju zaburzeń odżywiania, które bardzo często doprowadzają do wyniszczenia organizmu, a w niektórych przypadkach do autodestrukcji. W dzisiejszych czasach bardzo trudno jest zachować równowagę między niedoborem a nadmiarem. Zbyt wiele bodźców bombarduje ludzki umysł, aby mógł on znaleźć „złoty środek” w każdym aspekcie życia.

Nadwyżka dostarczonej energii zostaje zmagazynowana w organizmie pod postacią tkanki tłuszczowej. Rozwój fizyczny oraz zdrowie organizmu możliwe są przy zachowaniu zrównoważonego bilansu pomiędzy ilością energii przyjmowanej i wykorzystywanej przez ustrój. Odejście od tej równowagi, szczególnie utrzymywane przez dłuższy czas, doprowadza albo do wycieńczenia organizmu, w wyniku niedoboru składników odżywczych, bądź nadmiernej wagi ciała z powodu zwiększonej podaży energii [1].

Wpływ na zachowania żywieniowe, obok wiedzy o organizmie w szczególności o jego potrzebach pokarmowych, przyswajaniu substancji odżywczych jak i składzie chemicznym produktów spożywczych, ma wiedza o zasadach racjonalnego odżywiania. Na podstawie wiedzy o zapotrzebowaniu organizmu na różne składniki odżywcze w zależności od wieku, płci i aktywności fizycznej, sporządzane są normy żywieniowe i formułowane zasady prawidłowego odżywiania. Zasady odpowiedniego żywienia, w sensie prawidłowego doboru ilościowego i jakościowego spożywanych pokarmów, warunkuje zdrowie oraz dobre samopoczucie psychofizyczne. Źle dobrane proporcje spożywanych produktów, za duża ilość przyswajanego pokarmu, zbyt mała ilość witamin i mikroelementów jest przyczyną poważnych problemów zdrowotnych. W skutek nieprawidłowego odżywiania podnosi się ryzyko pojawienia się różnych chorób takich jak: otyłość, cukrzyca, miażdżyca, choroby nowotworowe. Zaburzenia układu emocjonalnego oraz nieprawidłowości w rodzinie mogą mieć skutek w postaci jadłowstrętu psychicznego, czy żarłoczości psychicznej [1].

Otyłość

Obecnie istnieje wiele definicji otyłości. Powszechnie uważa się, że otyłość to stan patologicznego zwiększenia ilości tkanki tłuszczowej w organizmie, prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia (u mężczyzn więcej niż 15% masy ciała i u kobiet więcej niż 25% masy ciała) [2].

Tak jak i w innych krajach o wysokim uprzemysłowieniu, również w Polsce dostrzega się tendencję wzrostową dotyczącą nadwagi i otyłości. Pomimo wprowadzenia elementów diety śródziemnomorskiej opierającej się na warzywach i owocach morza, styl życia Polaków w dużej mierze odbiega od zalecanego przez WHO modelu żywienia [2].

W wieku dojrzewania ponownie następuje mnożenie się komórek tłuszczowych, co w połączeniu z nadmiernym spożyciem tłuszczu, węglowodanów, brakiem aktywności fizycznej wpływa na wzrost masy ciała i rozwój nadwagi [3].

Metody pomiaru tkanki tłuszczowej i rozpoznawania otyłości

Jedną z powszechnie stosowanych metod w celu rozpoznania otyłości jest wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Indeks*), inaczej wskaźnik Queteleta. Jego zaletą jest prostota stosowania. Obliczenie wagi ciała nie wymaga zastosowania skomplikowanych wzorów i formuł czy działań matematycznych. Aby go zastosować należy znać masę ciała i wzrost osoby badanej [4].

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała [kg]}}{\text{wzrost}^2 \text{ [m}^2\text{]}}$$

Przy zastosowaniu wskaźnika BMI waga ciała klasyfikowana jest w następujący sposób:

- Poniżej 18,5 kg/m² – niedowaga
- 18,5-24,9 kg/m² – prawidłowa masa ciała
- 25-29,9 kg/ m² – nadwaga
- powyżej 30 kg/m² – otyłość
- powyżej 40 kg/m² – otyłość olbrzymia (patologiczna) [4, 5].

Wskaźnik BMI jest międzynarodowym punktem odniesienia w rozpoznawaniu otyłości. Istnieją jednak pewne ograniczenia odnośnie wskaźnika BMI, gdyż odnosi się on do aktualnej

masy ciała, nie uwzględniając wieku, czasu trwania otyłości, rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie, jak również niezależnych od stopnia nadwagi czynników ryzyka. Służy on do miarodajnego określenia ryzyka otyłości całej populacji, jednak w niewielkim stopniu określa ryzyko jednostki [2].

Z tego powodu został wprowadzony inny, zmodyfikowany wskaźnik otyłości WHR (*Waist Hip Ratio*), mający na celu określenie rozkład tkanki tłuszczowej w organizmie umożliwiający podział otyłości na brzuszną (otrzewnowo-centralną) i pośladkowo-udową. Wskaźnik talia – biodra oznaczany jest przez podzielenie obwodu brzucha na poziomie pępka w centymetrach przez obwód bioder na poziomie kołców biodrowych górnych w centymetrach [5].

$$\text{WHR} = \frac{\text{obwód talii [cm]}}{\text{obwód bioder [cm]}}$$

Jeśli wskaźnik WHR osiąga wartość powyżej 0,8 dla kobiet lub powyżej 1,0 dla mężczyzn wówczas występuje otyłość typu „jabłko”, a jeżeli wskaźnik WHR znajduje się poniżej 0,8 dla kobiet lub poniżej 1,0 dla mężczyzn mamy do czynienia z otyłością typu „gruszka” [5].

Innymi metodami stosowanymi do pomiaru tkanki tłuszczowej w organizmie [1,3] są:

- techniki antropometryczne, czyli pomiar grubości fałdu skórno-tłuszczowego w czterech określonych punktach ciała (biceps, triceps, pod dolnym kątem łopatki, nad talerzem biodrowym);
- pomiar impedancji bioelektrycznej, polegający na przepuszczeniu przez ciało człowieka prądu elektrycznego niewyczuwalnego dla człowieka (o niskim napięciu i natężeniu), zależnego od stopnia nawodnienia organizmu, ze względu na bardzo dobre przewodnictwo prądu przez wodę;
- ważenie hydrostatyczne;
- tomografia komputerowa;
- rezonans magnetyczny.

Dwie ostatnie metody stosowane w celu dokładnego pomiaru tkanki tłuszczowej wewnątrz brzusznej ze względu na duże koszty nie są stosowane w badaniach podstawowych [1,3].

Jadłowstręt psychiczny (*Anorexia nervosa*)

Jadłowstręt psychiczny jest jednym z wielu zaburzeń odżywiania towarzyszących człowiekowi od wieków. Już w średniowiecznych przekazach dotyczących żywotów świętych można napotkać wzmianki o ograniczaniu rodzaju i ilości spożywanych pokarmów. Aby dorównać poczynaniom świętych, ich śladami podążali członkowie średniowiecznych wspólnot religijnych, stosując umartwienie ciała przez stosowanie głodówek tzw. „świętych postów”, co miało stanowić wyraz „rozumnej służby Bożej”. Brak pożywienia był jednym z elementów osiągnięcia duchowej doskonałości. Proces ten dodatkowo uzupełniany był biczowaniem, pracą ponad siły oraz rezygnacją ze snu [6].

Obecnie jednak trudno z całą pewnością stwierdzić, czy „święty jadłowstręt” – tak popularny w średniowieczu był odpowiednikiem dzisiejszego jadłowstrętu psychicznego. Opinie badaczy w tym temacie są podzielone [6].

Wraz z nadejściem epoki renesansu „święty jadłowstręt” zaczął zmieniać swoje znaczenie. Stawał się bardziej wydarzeniem jarmarcznym niż religijnym. Między XVI a XVII w. rozwinął się fenomen tzw. „poszczących panien”. Uważano, że mimo jedzenia bardzo małych ilości pokarmów lub nie jedzenia w ogóle, nie umierały a co dziwniejsze pozostawały w znakomitej kondycji fizycznej i psychicznej. Prezentowane były gawiedzi na jarmarcznych odpustach lub dworach jako osoby tryskające zdrowiem [6].

Pierwszą osobą, która opisała objawy jadłowstrętu psychicznego był Mormon, angielski lekarz, który w 1686 r. leczył dwudziestoletnią dziewczynę z jak sądził odmiany gruźlicy przebiegającej bez duszności i gorączki a charakteryzującej się utratą apetytu, nadmierną aktywnością ruchową, wyniszczeniem oraz brakiem troski o zdrowie. Stan dziewczyny określił jako „zanik nerwowy”, który po trzech miesiącach terapii zakończył się śmiercią pacjentki [6].

Kliniczny rozwój anoreksji rozpoczął się w wieku XIX. W tym czasie badacze opisujący objawy jadłowstrętu psychicznego określali go jako „genitalna nerwice kobiet”, która swoje korzenie ma w psychice i jest powiązana z sytuacją rodzinną [6].

Przez Charkota, Janeta oraz Freuda brak łaknienia zinterpretowany został jako zaburzenie w obszarze pierwotnego popędu płciowego, który powiązany jest z obawą przed „oralnym zapłodnieniem” i wstrętem do życia seksualnego [6].

W 1914r. opisanie przez Simonsa zespołu wyniszczenia organizmu spowodowanego niewydolnością przysadki, spowodowało odwrócenie uwagi od przyczyn psychologicznych tej jednostki chorobowej na prawie 20 lat. Pogląd ten w późniejszych latach ulegał zmianie, ze względu na opisy jednostek chorobowych, wynikających z uszkodzenia przysadki, ale nie powodujących ubytków wagi. Również poznanie mechanizmów endokrynych w jadłowstręcie psychicznym, skierowało na inne tory postrzeganie tej choroby [6].

Klasyfikacja jadłowstrętu psychicznego[7]:

- „restryktywny, w którym nie występują naprzemienne sesje objadania się i przeczyszczania (tj. prowokowanie wymiotów, niewłaściwe używanie środków przeczyszczających, moczopędnych lub lewatyw). W tym podtypie anoreksji wskaźnik umieralności waha się od 25% do 40% przypadków. Pojawienie się napadów jedzenia uważa się za korzystny prognostycznie objaw leczenia;
- żarłoczno-przeczyszczający się, w którym naprzemiennie z okresami głodzenia, występują okresy objadania się i przeczyszczania. Osoby chorujące na anoreksję typu żarłoczno-przeczyszczającego się są starsze, mają większe problemy z kontrolą popędów (nadużywanie alkoholu, kradzieże) oraz doświadczają większych zaburzeń emocjonalnych. Objawy w przebiegu jadłowstrętu psychicznego mogą występować na poziomie, somatycznym, psychicznym i biochemicznym[8].

1. Objawy somatyczne w przebiegu jadłowstrętu psychicznego:

- wyniszczenie;
- utrata tkanki tłuszczowej i masy mięśniowej, zredukowany metabolizm hormonów tarczycy;
- zwolnienie liczby oddechów jako objaw oddechowej kompensacji zasadowicy;
- zasinienie stóp, obrzęki;

2. Zaburzenia sercowo-naczyniowe:

- zanik mięśnia sercowego – objaw „małego serca”, skurcze przedwczesne przedsionkowe i komorowe;
- zwolnienie akcji serca do 60 uderzeń na minutę, pojawienie się szmeru sercowego, hipotensja ortostatyczna;
- zawroty głowy, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, omdlenia, zastoinowa niewydolność serca.

3. Zaburzenia ze strony układu trawiennego:

- zaburzenia motoryki oraz opróżniania żołądka;
- uczucie nadmiernej pełności w śródbrzuchu, bóle brzucha, wzdęcia i zaparcia;
- zaburzenia ze strony układu rozrodczego;
- amenorrhoea lub różne inne zaburzenia cyklu menstruacyjnego;
- zmiany wielkości jajników, macicy i cech śluzówki pochwy;

4. Zmiany dermatologiczne:

- łuszczenie, suchość i mała elastyczność skóry określana mianem 'brudnej';
- czasem zanik zmian trądzikowych;
- pojawienie się charakterystycznego męskiego owłosienia na ciele;
- wypadanie włosów pod pachami i na wzniesieniu łonowym, kruchość i łamliwość włosów na głowie;

5. Zaburzenia neuropsychiatryczne:

- objawy psychoorganiczne (nawet w okresie normalizacji wagi) powiązane z uszkodzeniem struktur pnia mózgu, wyniszczeniem korowym, poszerzeniem komór mózgu

6. Zmiany w układzie kostnym:

- osteopenia, osteoporoza.

7. Zaburzenia biochemiczne:

- wtórny do odwodnienia wzrost wskaźników nerkowych;
- podwyższony poziom karotenów;
- wzrost poziomu cholesterolu, czasem poprzedzony początkowym obniżeniem;
- obniżony poziom transferyny, komplementu i prealbuminy;
- wzrost poziomu dehydrogenazy mleczanowej, fosfatazy alkalicznej, amylazy;
- obniżony poziom cynku, fosforu, magnezu, wapnia i potasu.

8. Zaburzenia hematologiczne:

- leukopenia ze względną limfocytozą, bezwzględna limfopenia;
- trombocytopenia;
- niski współczynnik sedymentacji erytrocytów;
- niedokrwistość.

9. Zmiany hormonalne związane z zaburzeniami sekrecji:

- wzrost poziomu hormonu wzrostu;
- niski poziom progesteronu i estradiolu u kobiet;

10. Zmiany hormonalne związane z zaburzeniami metabolizmu obwodowego:

- wzrost poziomu testosteronu u kobiet związany z zaburzeniami metabolizmu androgenów nadnerczowych;
- podwyższony poziom testosteronu związany z zaburzeniami konwersji tyroksyny do trójiodotyroniny i zwiększona konwersją do „rewers” trójiodotyroniny;
- wzrost poziomu kortyzonu jako wynik zmniejszenia jego kliransu metabolicznego,
- spadek stężenia katecholaminy i zmiany jej metabolizmu;
- wzrost poziomu estriolu jako wynik bezpośredniej konwersji z testosteronu .

Żarłoczność psychiczna (*Bulimia nervosa*)

W Europie przez wiele stuleci, wymuszone wymioty przepisywane były przez cyrulików i lekarzy, tak jak upusty krwi. Miały być bardzo dobrą techniką pomagającą odtruwać organizm. Żarłoczność psychiczna jako jednostka chorobowa opisywana była pod różnymi nazwami na starym kontynencie od przeszło 200 lat. Po raz pierwszy słowa „bulimis” użył w II w n.e. Galen. Słowo to, oznaczające byczy apetyt posłużyło do opisanie choroby określanej inaczej „wilczym głodem”. Jednak w literaturze przedmiotu sporadycznie pojawiały się rzetelne studia przypadków. Objawy bulimiczne opisywano jako towarzyszące jadłowstrętowi psychicznemu, malarii oraz cukrzycy [7].

W 1966r. jako pierwsza, naukowy opis objawów zbliżonych do bulimii psychicznej, podała Bruch. A w 1979r. londyński psychiatr Russel użył określenia *bulimia nervosa* – uważając ją za „złowieszczą odmianę” jadłowstrętu psychicznego. Russel jako pierwszy sklasyfikował bulimię. [6].

Klasyfikacja żarłoczności psychicznej[7]:

- „przeczyszczający, kiedy podczas epizodu dochodzi do regularnego prowokowania wymiotów, nadużywania środków moczopędnych, przeczyszczających oraz lewatyw.

Uzależnienie od środków przeczyszczających stanowi niekorzystny prognostycznie czynnik uleczalności bulimii;

- nieprzeczyszczający, podczas epizodu dochodzi do stosowania takich nieprawidłowych zachowań kompensacyjnych jak: poszczenie, nadmierne ćwiczenie. Nie występuje regularne prowokowanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, odwadniających oraz lewatyw .

Na podstawie literatury można wyróżnić następujące komplikacje medyczne *bulimii nervosa* [8]:

1. Komplikacje związane z wymiotami:

- zapalne obrzęki ślinianek przyusznych;
- zapalne powiększenie trzustki ze wzrostem amylazy w surowicy;
- nadżerki przełyku i żołądka;
- nadżerki tylnej ściany gardła;
- chrypka, ból w zakresie nerwu twarzowego, dzwonięcie w uchu;
- ropne lub inne choroby dziąseł;
- erozja szkliwa z przebarwieniami i towarzyszącą próchnicą zębów;
- obrażenia na grzbietowych powierzchniach dłoni powstające w wyniku pobudzania wymiotów (objaw Russella).

2. Komplikacje związane z nadużywaniem środków przeczyszczających i odwadniających:

- uogólniony lub miejscowy obrzęk kończyn dolnych;
- duszność, zaburzenia rytmu serca, słabo wyczuwalne tętno, słabo słyszalne tony serca;
- rozdęcie brzucha, niedrożność porażenna jelit, nagłe rozszerzenie żołądka;
- neuropatie, objawy psychoorganiczne, zaburzenia świadomości;
- stałe lub nasilone pragnienie, zwiększona ilość produkowanego moczu;
- miopatia, napady drgawkowe i kurcze mięśniowe;
- niecharakterystyczne zaburzenia miesiączkowania.

3. Zaburzenia biochemiczne występujące przy wymiotach

- zasadowica metaboliczna z hiperchloremią, wzrost poziomu węglowodanów;
- wtórna hipokaliemia;
- hipowolemia z wtórnym hiperaldosteronizmem.

4. Zaburzenia biochemiczne występujące przy wymiotach, biegunkach i stosowaniu diuretyków:

- hipokaliemia;
- kwasica metaboliczna z pozornie prawidłowym poziomem potasu;
- neuropatia hipokaliemiczna z zaburzeniami zagęszczania moczu;
- alkalozja hipochloremiczna;
- hipomagnezemia.

Uwarunkowania otyłości

Waga ciała zależna jest od równowagi między ilością energii pobranej z pokarmem a jej zużyciem. Otyłość to skutek dodatniego bilansu energetycznego [2].

Na podstawie literatury można wyróżnić trzy grupy czynników odpowiedzialnych za powstanie otyłości [9]:

- czynniki biologiczne zwane inaczej somatycznymi, do których można zaliczyć skłonność do wzrostu masy ciała z wiekiem przez spowolnienie przemiany materii, zmniejszoną aktywność fizyczną oraz nadmierną podaż pokarmów w stosunku do aktualnych potrzeb organizmu. Badania nad genetycznymi uwarunkowaniami otyłości pozwoliły stwierdzić, że dziedziczy się nie otyłość, ale skłonność organizmu do tycia, co w połączeniu z wpływem otaczającego środowiska na zachowania żywieniowe ma ogromne znaczenie w rozwoju otyłości;
- czynniki psychospołeczne – zbyt duża waga ciała, najczęściej jest skutkiem bezustannego przejadania się. Otyłość, która wynika z przyjmowania zbyt dużej liczby produktów odżywczych określana jest jako problem bliski zaburzeniom osobowości, a otyłość patologiczna inaczej hiperotyłość zaliczana jest do zaburzeń związanych z uzależnieniem;
- nadwaga lub otyłość bywa skutkiem wzorców zachowań przejętych z rodzinnego domu, gdzie popełniane są błędy żywieniowe, takie jak: spożywanie zbyt obfitych posiłków o niewłaściwym składzie jakościowym, spożywanie dużej ilości tłuszczu i węglowodanów, nieregularność posiłków lub zbyt mała liczba posiłków.

W badaniach psychoanalitycznych nad otyłością zwraca się uwagę na to, że niektóre osoby trwają w oralnym studium rozwoju psychoseksualnego i skupione są na oralnych nagrodach w postaci jedzenia. Jedzenie pełni również rolę obrony wobec depresji lub

cierpienia, stanowi reakcje na negatywne stany emocjonalne takie jak lęk, niepokój, czy obniżenie nastroju [1].

Czynniki społeczno-kulturowe

W tym ujęciu, patogeneza otyłości jest wieloczynnikowa. Nadwaga i otyłość, które są określane mianem epidemii XXI wieku należy powiązać ze zmieniającymi się warunkami życia człowieka. Ze względu na to, że w krajach rozwiniętych człowiek ma łatwy dostęp do pożywienia a wykonując czynności codzienne oraz pracując nie musi wydatkować dużych ilości energii, z tego względu masa ciała powoli, ale sukcesywnie ulega powiększeniu. Korzystanie z wszechobecnych środków lokomocji ma ogromny wpływ na zużycie energii pozyskanej przez organizm. Dodatkowo, spędzanie wolnego czasu przed telewizorem lub granie w gry komputerowe wpływa na dobowy rozkład aktywności fizycznej. Obserwowany jest również negatywny wpływ środków masowego przekazu na sposób odżywiania. Propagowany w nich obraz szczupłej, wysportowanej sylwetki a jednocześnie nakłanianie do spożywania wysokoenergetycznych produktów żywnościowych powoduje zaburzenia w postrzeganiu i ocenie wagi i sylwetki ciała. Różnego rodzaju reklamy zwiększają popyt na tzw. śmieci żywniowe, czyli produkty mające jedynie wartość energetyczną a nie dostarczają organizmowi innych wartościowych i odżywczych substancji pokarmowych [10].

W krajach wysoko rozwiniętych obserwuje się dwojakość postaw wobec sposobu spędzania wolnego czasu i odżywiania się. Na jednym biegunie znajdują się osoby dbające o własne zdrowie i sprawność fizyczną a na drugim osoby do minimum ograniczające wysiłek fizyczny, odżywiające się nie zdrowo, jedynie czasami poddające się modnym aktualnie dietom [1].

Zjawisko wzrostu w populacji osób z nadwagą i otyłością upatruje się również w bardzo niskiej świadomości społeczeństw dotyczącej prawidłowej masy ciała [1].

Uwarunkowania anoreksji

Czynniki osobowościowe

W okresie dojrzewania, bo w tym czasie najczęściej rozpoczyna się anoreksja, nie można mówić o dojrzałej, w pełni ukształtowanej osobowości. Natomiast można zauważyć pewne

cechy, które kształtują osobowość w określonym kierunku. Należą do nich: dążenie do unikania urazów, perfekcjonizm z tendencją do zachowań obsesyjno-kompulsywnych oraz wytrwałość. W mniejszym stopniu można spotkać osobowość przymiotach schizoidalnych i histrionicznych. Cechą charakterystyczną osób, u których występuje anoreksja jest wysoki poziom tłumionej agresji jak również wysoki poziom aspiracji, niezależny od rzeczywistych możliwości [11].

Czynniki rodzinne

Cechami środowiska rodzinnego generującego zachowania anorektyczne są: brak możliwości rozwiązania konfliktu, zbyt duża sztywność w relacjach rodzice – dziecko, nadmierne przywiązanie oraz powstrzymywanie procesu uzyskania niezależności przez osobę, którą to zaburzenie dotknęło. Także rozbudzanie nadmiernych aspiracji u osoby młodej, od której zależy pozycja rodziny jest czynnikiem rozwoju anoreksji. Nieprawidłowości w systemie rodzinnym takie jak dominująca matka i wycofujący, nie biorący odpowiedzialności za losy rodziny ojciec stanowią składnik ryzyka prawdopodobnego wystąpienia jadłowstrętu psychicznego [11].

Czynniki społeczno-kulturowe

Młode osoby bombardowane są w dzisiejszych czasach informacjami o kształtowaniu nawyków dietetycznych oraz przekazami dotyczącymi modelu urody, który oparty jest na wiotkiej, szczupłej, wysportowanej sylwetce, która kojarzona jest z osiągnięciem sukcesu życiowego. Bardzo duże znaczenie ma także zmiana stereotypu egzystencji kobiet związanej z realizowaniem ambicji zawodowych, samodzielności przy równoczesnym zachowaniu typowych dla płci cech osobowości. Różnorodność nałożonych na siebie ról do wypełnienia, powoduje kumulację konfliktów wewnętrznych. Kontrola nad masą ciała bywa jedynym elementem, który stabilizuje otaczającą rzeczywistość [11].

Uwarunkowania bulimii

Czynniki osobowościowe

Dla bulimiczek charakterystyczną cechą jest chwiejność emocjonalna i impulsywność. Te cechy charakteru powodują skłonność nie tylko do bulimii, ale też do nadużywania napojów alkoholowych, środków psychoaktywnych i farmaceutyków czy skłonność do gier

hazardowych. Obsesyjność i perfekcjonizm również są cechami zauważanymi wśród bulimiczek [12].

Czynniki rodzinne

Wymieniane są 3 typy rodzin osób chorujących na bulimię: chaotyczne, nadopiekuńcze i perfekcyjne. Podobnie jak w anoreksji w rodzinach bulimiczek można zauważyć bardzo silną więź, zanik granic między członkami rodziny, słaby system małżeński, brak określonej hierarchii w rodzinie, brak samodzielności poszczególnych członków rodziny oraz niemożność realizacji indywidualnych pragnień. W rodzinach dotkniętych problemem bulimii występują często patologie związane z uzależnieniami od alkoholu, zaburzenia kontroli impulsów oraz zaburzenia afektywne. Rodzina najczęściej nie jest oparciem emocjonalnym i nie stanowi wzorca prawidłowych zachowań [12].

Czynniki społeczno-kulturowe

Żarłoczność psychiczna obecna jest w krajach o stałej sytuacji ekonomicznej, jest próbą pogodzenia dwóch ścierających się ze sobą w mediach tendencji – mody na wysportowaną i szczupłą sylwetkę pomagającą osiągnąć sukces zawodowy oraz tendencji do nieograniczonej konsumpcji, w tym również środków spożywczych. W początkowym okresie choroby zachowania bulimiczne godzą ze sobą obie sprzeczne tendencje, likwidując jednocześnie poczucie winy z powodu dostarczenia organizmowi nadmiernej liczby kalorii [12].

Skutki zaburzeń odżywiania

1. Konsekwencje otyłości [9,10]:

- degeneracyjne schorzenia stawów;
- przewlekłe choroby naczyniowo-sercowe: niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi, miażdżyca naczyń krwionośnych;
- zaburzenia metaboliczne i hormonalne: zaburzenia miesiączkowania, hiperlipidemia, cukrzyca typu II, skaza moczanowa;
- kamica żółciowa, zapalenie wątroby i trzustki;
- zaburzenia wentylacji płuc w postaci zespołu Pickwicka;
- choroby nowotworowe, u kobiet rak sutka, rak trzonu macicy i jajników;
- możliwość pojawienia się depresji, przewlekłych stanów lękowych, stałego obniżenia nastroju, niskie poczucie własnej wartości, izolowanie się od otoczenia,

utrata wiary we własne siły, osłabienie kontaktów międzyludzkich, negatywny odbiór społeczny;

- skrócenie czasu życia .

2. Konsekwencje *anorexi anervosa* [7]:

- obniżony metabolizm hormonów tarczycy;
- utrata masy mięśniowej i tkanki tłuszczowej;
- obniżenie temperatury ciała poniżej 36°C;
- obrzęki i zasinienie stóp;
- zmniejszenie liczby oddechów;
- zanik mięśnia sercowego, przedwczesne skurcze przedsionkowe i komorowe, zastoinowa niewydolność serca, zwolnienie akcji serca, niskie ciśnienie krwi;
- zawroty głowy i omdlenia;
- zatrzymanie miesiączkowania, pojawienie się charakterystycznego meszku na ciele;
- wypadanie włosów, suchość i łuszczenie skóry;
- apatia, niepokój, rozdrażnienie, depresja do wystąpienia myśli i prób samobójczych;
- nasilenie perfekcjonizmu w działaniu;
- izolowanie się od grupy rówieśniczej, rodziny;
- wzmożona częstotliwość konfliktów w rodzinie;
- nieodwracalne uszkodzenie wątroby;
- uszkodzenie funkcji wydzielniczej nerek;
- osteoporoza;
- zmętnienie rogówki, trwałe zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym.

3. Konsekwencje *bulimia nervosa*

- zapalenie i obrzęk ślinianek przyusznych;
- chroniczne zapalenie trzustki;
- nadżerki tylnej ściany gardła, przełyku i żołądka;
- chrypka, choroby dziąseł, ubytki szkliwa i/lub próchnica zębów;
- biegunki, bóle brzucha i zaparcie stolca;
- obrzęki kończyn dolnych;
- duszność, niewydolność krążenia, spadek ciśnienia tętniczego;

- wzmożone i nieustanne pragnienie;
- wielokrotne oddawanie moczu, rozdęcie brzucha;
- porażenna niedrożność jelit, zaburzenia miesiączkowania, niepłodność;
- zaburzenia świadomości;
- poczucie osamotnienia i izolacji, niska samoocena;
- uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych, narkotyków.

Profilaktyka i leczenie otyłości

Zagrożenie dla zdrowia, jakie niesie za sobą nadwaga i otyłość sprawia, że zapobieganie nadmiernej masie ciała powinno rozpoczynać się w bardzo wczesnym wieku. Dzieci w wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym oraz młodzież będąca w wieku dojrzewania, prawidłowo edukowane i prowadzone przez rodziców oraz szkołę, w wieku późniejszym będą powielać i przekazywać zdobyte pozytywne wzorce dotyczące prawidłowego stylu życia oraz właściwego sposobu odżywiania [3].

Otyłość w dzieciństwie i okresie dojrzewania ma konsekwencje nie tylko w późniejszym stanie somatycznym jednostki, ale rzutuje na doświadczenia osobniczej nieatrakcyjności i braku akceptacji ze strony innych, co może być motorem trudności emocjonalnych i społecznych w dorosłym życiu [3].

Leczenie otyłości to proces trudny, długotrwały. Jest to czas wymagający ogromnej motywacji ze strony pacjenta nie zawsze naznaczony pozytywnymi wynikami w pierwszych okresach walki z nadmierną wagą [13].

Najczęściej otyłość leczona jest dieto-terapią, podczas której stosowane jest zbilansowane pod względem obecności składników mineralnych oraz witamin urozmaicone pożywienie. Stosuje się także obniżoną w stosunku do potrzeb podaź energetyczną. Niedobór energii uzyskuje się przez zmianę proporcji składników dostarczających energię tzn. białek, węglowodanów i tłuszczów. Jakakolwiek dieta zastosowana do redukcji wagi ciała powinna być opracowana indywidualnie przez specjalistów dietetyków. Musi dostarczać mniej energii dla organizmu niż wynosi zapotrzebowanie, jednocześnie powinna zapewniać potrzebne składniki mineralne i witaminy, być ubogo tłuszczowa i normo białkowa, powinna być łatwa w przygotowaniu i dostosowana do długotrwałego stosowania. Długotrwałe przestrzeganie wyznaczonych wskazań dietetycznych, częste i systematyczne konsultacje, które podtrzymują właściwe

zachowania żywieniowe to niezbędne warunki do tego, aby uzyskać redukcję masy ciała oraz utrzymać osiągnięty efekt [14].

Metodą stosowaną równocześnie z dieto-terapią powinna być terapia behawioralna. Celem tej terapii stosowanej w walce z otyłością jest wykluczenie zaburzeń zachowania żywieniowego. Opiera się ona na samoobserwacji i kontroli, edukacji żywieniowej, udzielaniu pozytywnego wsparcia po spadku wagi oraz zmniejszaniu sygnałów z otoczenia zachęcających do jedzenia. Pomoc psychologiczna, bo tym jest terapia behawioralna, powinna opierać się na zmianie nastawienia osoby otyłej do siebie na bardziej pozytywne oraz na wypracowaniu budujących zachowań sprzyjających zdrowiu, powinna być nieodzowną częścią całościowego modelu leczenia otyłości [15].

Skojarzone leczenie dietą ze wzmożoną aktywnością fizyczną prowadzi do uzyskania ujemnego bilansu energetycznego, co skutkuje zrzuceniem zbędnych kilogramów. Ponieważ otyłość jest chorobą przewlekłą i nie wykazuje skłonności do samoistnego ustępowania, zmiana stylu życia, czyli sposobu odżywiania i spędzania wolnego jest konieczna, ale nie odbywa się z dnia na dzień a trwa miesiącami i latami. Ograniczenie ilości spożywanych pokarmów oraz wysiłek fizyczny powinny obowiązywać osoby, które dotknęła otyłość, do końca ich życia [13].

Leczenie operacyjne jest ostateczną metodą doprowadzającą do ograniczenia ilości przyjmowanych pokarmów. Stosowane jest w przypadkach nadwagi zagrażającej zdrowiu lub życiu [13]. Chirurgia bariatryczna ma na celu zmianę sposobu odżywiania przez przebudowanie przewodu pokarmowego lub dokonanie zmiany w trawieniu pokarmów, aby zminimalizować skutki nadmiernego jedzenia. Stosowane są dwa typy operacji: operacje restrykcyjne, ograniczające pojemność żołądka i operacje prowadzące do zminimalizowania wchłaniania przyjmowanych pokarmów przez wyłączenie z pasaży określonych odcinków przewodu pokarmowego. Obecnie wykonywanymi operacjami bariatrycznymi są: wyłączenie żołądkowe (ang. *Roux-en-Y gastric bypass*) i wyłączenie dwunastnicze (ang. *Biliopancreatic diversion with duodenal switch*) [16].

Zapobieganie otyłości powinno odbywać się w wielu dziedzinach życia człowieka. Odpowiednio przeprowadzane pogadanki w szkołach, właściwa oświata zdrowotna, ogólnokrajowe programy profilaktyczne powinny być adresowane do grup społecznych, które prowadzą siedzący tryb życia. Zmiana postrzegania i realizacji czasu wolnego oraz zmiana

nawyków dietetycznych w następnych dziesięcioleciach powinna skutkować poprawą stanu zdrowia polskiego społeczeństwa [16].

Leczenie bulimii i anoreksji psychicznej

Zarówno żarłoczność psychiczna jak i jadłowstręt psychiczny są chorobami, które muszą być leczone przez specjalistyczne ośrodki ochrony zdrowia. Są zaburzeniami osiadłymi w psychice, osoby chorujące na nie nie potrzebują pomocy psychologicznej i psychiatrycznej. Lekarz psychiatra przeprowadza diagnozę różnicową, dzięki której w oparciu o szczegółowy wywiad kliniczny ocenia psychiczny stan chorego, głębokość i jakość objawów oraz wyklucza inne schorzenia. Rozwinięcie się objawów bulimii i anoreksji poza zmianami w psychice powoduje poważne zaburzenia somatyczne, które związane są z uzyskaniem pomocy ginekologicznej, gastrologicznej, internistycznej, neurologicznej. Oprócz zdiagnozowania osoby chorej, psychiatra powinien przeprowadzić wywiad kliniczny z jej rodzicami lub opiekunami w celu potwierdzenia i pogłębienia informacji uzyskanymi od osoby badanej. Zadaniem lekarza psychiatry oprócz przedstawienia szczegółowych informacji dotyczących zaburzenia oraz sposobów jego leczenia, powinno być zmotywowanie chorego i jego rodziców do podjęcia leczenia szpitalnego w oddziale psychiatrycznym lub leczenia ambulatoryjnego opartego na zastosowaniu psychoterapii rodzinnej, indywidualnej lub grupowej [17].

Psychoterapia jest sposobem psychologicznego oddziaływania na jednostkę, który ma doprowadzić do usunięcia nieprawidłowości w postępowaniu żywieniowym danej osoby. Terapia rodzinna polega na zaangażowaniu rodziców lub opiekunów w proces leczenia. W tego rodzaju terapii, uwaga terapeuty skupiona jest na relacjach i komunikacji między członkami rodziny. Jeżeli nastolatka choruje krócej niż dwa lata, ten typ terapii przynosi bardzo dobre wyniki. Polega na bardzo silnym włączeniu rodziców w przerwanie cyklu objadania się i fazy przeczyszczania lub przerwaniu głodówki [18].

Terapia indywidualna zajmuje się problemami psychologicznymi wywołującymi zaburzenia odżywiania. Jest zazwyczaj traktowana jako wtórna do terapii rodzinnej w przypadku, gdy osoba chora ma mniej niż 18-19 lat. Jako forma terapii dominującej, terapia indywidualna stosowana jest w stosunku do osób pełnoletnich. W tej terapii dużą uwagę zwraca się na poprawę samooceny, określenie własnej tożsamości, poprawę relacji z członkami rodziny i

rówieśnikami. Terapia dotyczy też radzenia sobie ze stresem oraz znajdowania rozwiązań w sytuacjach trudnych i konfliktowych [19].

Podczas ambulatoryjnego stosowania terapii, w razie konieczności, czyli wystąpienia gwałtownych zmian nastroju, wzmożonej drażliwości oraz depresji, psychiatra może zaproponować leczenie farmakologiczne. Stosowane są w nim niewielkie dawki neuroleptyków, które mają na celu zablokowanie myśli obsesyjnych i psychotycznych lub wyeliminowanie lęku [19].

W przypadku wystąpienia utraty masy ciała, ponownego ograniczania przyjmowania pokarmów, nasilenia objawów bulimicznych, czy tendencji suicydalnych psychoterapeuta, lub lekarz psychiatra, który prowadzi terapię rodzinną lub indywidualną może zalecić umieszczenie pacjentki w oddziale stacjonarnym, gdzie następuje intensywne leczenie skierowane na odzyskanie utraconej wagi lub w przypadku bulimii ograniczenie objadania się i przeczyszczania [17].

Bibliografia

1. Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: Jedzenie. Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2005.
2. Szczeklik A.: Interna Szczeklika. Podręcznik Chorób Wewnętrznych. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012; 1369-1372.
3. Kochman D.: Otyłość w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia. Pielęgniarstwo Polskie, 2004; 1-2, 92-99.
4. Szostak W.B.: Zwalczanie otyłości w profilaktyce metabolicznych chorób cywilizacyjnych. Żywnienie człowieka i metabolizm, 2005; 32, 1, 15.
5. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: Kliniczna definicja nadwagi i otyłości – Otyłość zespół metaboliczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 26-41.
6. Pilecki M., : Historia zaburzeń odżywiania się, [w:] Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Józefik B. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; 17-21.
7. Wąsik M.: Anoreksja i bulimia...Jak rozpoznać zaburzenia odżywiania u nastolatków. Wydawnictwo AA, Kraków 2009.

8. Józefik B., Pilecki M.: Obraz kliniczny zaburzeń odżywiania się [w:] Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Józefik B. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011, 30-39.
9. Gawryluk B.: Odchudzanie – fakty i mity. Wydawnictwo Złote Myśli Sp.z o.o., 2008; 11-13.
10. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. Polski Merkurusz Lekarski, 2008; 24, 472-483.
11. Rajewski A.: Zaburzenia odżywiania, [w:] Psychiatria dzieci i młodzieży. Namysłowska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 247-256.
12. Namysłowska I.: Bulimia nervosa, [w:] Psychiatria, t 2. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórki J. (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002; 528-537.
13. Bulska J.: Zagrożenie zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
14. Nazar K.: Wysilek psychiczny – ważny czynnik w walce z otyłością. Kosmos, 2010; 59, 395-402.
15. Abramczyk A.: Otyłość – choroba społeczna. Możliwość leczenia i profilaktyki. Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie, 2004; 36, 1, 11-15.
16. Kiciak A: Zbiegi chirurgiczne wspomagające i zastępujące odchudzanie. Kosmos, 2010; 59, 413-417.
17. Józefik B., Wolska M.: Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Hachette Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009; 106-115.
18. Jablow M.: Anoreksja, bulimia, otyłość. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001; 33-34.
19. Pitchford P.: Odżywianie dla zdrowia. Wydawnictwo Galaktyka Sp. z o.o., Łódź 2008; 8-54.

Wpływ środowiska i mediów na nawyki żywieniowe uczennic szkół ponadgimnazjalnych

Krystyna Klimaszewska ¹, Monika Stanisławska ²

¹ – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² – Szpital Wojewódzki w Łomży

Wprowadzenie

Znaczenie jedzenia dla człowieka można rozpatrywać w aspekcie kulturowym, psychospołecznym i biologicznym. W pojęciu biologicznym, odżywianie pozwala na podtrzymywanie podstawowych funkcji życiowych oraz wytwarzanie ciepła [1]. W kontekście psychospołecznym spożywanie pokarmów może służyć do zaspokajania potrzeb psychicznych, takich jak: pragnienie miłości, aprobaty, bezpieczeństwa. Może również pomagać w radzeniu sobie ze stresem i napięciem. Jedzenie bywa często tak zwanym wentylem bezpieczeństwa w życiu emocjonalnym [1].

Otyłość

Otyłość jako problem „naszych czasów” od wielu lat wysuwa się na pierwsze miejsce wśród innych chorób cywilizacyjnych. Łącznie z chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, alergiami stanowi bombę zegarową dla współczesnego świata. Stale narastająca liczba ludzi z nadwagą oraz ludzi otyłych, jak i ekonomiczne aspekty związane z leczeniem otyłości i jej następstw zmuszają do szukania takich rozwiązań, które przyniosłyby realne rozwiązania w zakresie profilaktyki i leczenia tej choroby [1].

Otyłość została uznana przez ekspertów WHO za epidemię światową początku XXI wieku, co uzmysłowiło współczesnym jak wielkim problemem staje się ona dla ludzkości. Nadwaga i otyłość to zaburzenia, które występują powszechnie a częstotliwość ich występowania ciągle wzrasta niezależnie od szerokości geograficznej, kultury, czy rasy [2].

Wśród dzieci niedobór lub nadmiar masy ciała jest jednym z problemów medycznych. Nadmiar masy ciała występujący u 5-15% dzieci ma wpływ na osiągnięcie prawidłowej masy ciała w wieku późniejszym [2].

Klasyfikacja otyłości

Otyłość powstaje w wyniku długotrwałego dodatniego bilansu energetycznego w organizmie w stosunku do jego potrzeb [3].

Według wartości BMI (wskaźnika Queteleta) otyłość klasyfikuje się jako [1]:

- 0° – 19-24,9 kg/m² – normowaga;
- I° – 25-29,9 kg/m² – nadwaga;
- II° – 30,0-39,9 kg/m² – otyłość;
- III° – >40 kg/m² – znaczna lub chorobliwa otyłość

Ze względu na wielkość i ilość komórek tłuszczowych (adipocytów) otyłość można podzielić na [4]:

- otyłość ze zwiększoną ilością adipocytów, inaczej otyłość hiperplastyczną;
- otyłość ze zwiększoną objętością adipocytów tzw. otyłość hipertroficzną;
- otyłość mieszaną ze zwiększoną liczbą i objętością komórek tłuszczowych.

Otyłość hiperplastyczna dotyczy osób, których problemy z wagą zaczęły się w dzieciństwie i młodości. Bardzo ważne jest leczenie otyłości już we wczesnym jej okresie, tzn. u dzieci młodszych, kiedy liczba komórek tłuszczowych jest niewielka. Jeżeli dziecko w wieku przedszkolnym, czy dojrzewania jest przekarmiane, liczba adipocytów zwiększa się 2-4 krotnie. Nadmiar adipocytów pozostaje w organizmie przez resztę życia, zmniejszając one tylko swoją objętość w okresach utraty wagi [4].

W zależności od miejsca rozmieszczenia tkanki tłuszczowej w organizmie można wyróżnić [5]:

- otyłość brzuszną, wisceralną (trzewną, proksymalną), typu „jabłko”, gdzie tkanka tłuszczowa obecna jest przede wszystkim na podbródku, karku, ramionach, klatce piersiowej i brzuchu;

- otyłość udowo-pośladkową, gynoidalna (biodrowa, dystalna), typu „gruszka”, tkanka tłuszczowa występuje głównie na udach i pośladkach, ale również odkłada się na wzgórku łonowym oraz częściowo sutkach i brzuchu.

Rozmieszczenie tkanki tłuszczowej jest różne, w zależności od płci. U kobiet największe ilości tkanki tłuszczowej umiejscawiają się w dolnych partiach ciała: na udach i w okolicy bioder. U mężczyzn tkanka tłuszczowa najczęściej zlokalizowana jest na klatce piersiowej, brzuchu i plecach [6,7].

W praktyce klinicznej otyłość można podzielić na [5]:

- otyłość pierwotną, czyli prostą, która spowodowana jest przez zachwianie równowagi między dostarczaniem energii a jej wydatkowaniem. Czynnikiem, które sprzyjają powstaniu tego typu otyłości są między innymi czynniki środowiskowe, czynniki genetyczne oraz czynniki psycho-emocjonalne,
- otyłość wtórną, jako skutek zaburzeń oraz zespołów chorobowych. Nieprawidłowości mogą dotyczyć np. niedoczynności tarczycy, chorób układu, stanów pooperacyjnych, zażywania leków.

Biorąc pod uwagę czynniki etiologiczne otyłość można podzielić na [8]:

- otyłość rozwijająca się z powodu braku umiejętności radzenia sobie ze stresem społeczno-cywilizacyjnym. Określana jest jako otyłość nerwicowa lub psycho-reaktywna z pierwotnym podłożem o charakterze emocjonalnym, poznawczym;
- otyłość będąca objawem endokrynopatii powiązanej z chorobą Cushinga, menopauzą u kobiet, rzekomą niedoczynnością przytarczyc, niedoborem hormonu wzrostu;
- otyłość podwzgórzowa, wynikająca z guzów mózgu lub stanów zapalnych mózgu, udarów mózgu bądź też zabiegów chirurgicznych na podwzgórzu;
- otyłość bezpośrednio uwarunkowana zespołami o charakterze genetycznym;
- otyłość polekowa najczęściej występująca przy stosowaniu pochodnych glukokortykosteroidów, środków uspokajających;
- otyłość wynikająca z braku wysiłku fizycznego lub będąca wynikiem długotrwałego przebywania w łóżku spowodowanego również przez niepełnosprawność ruchową;
- otyłość, która jest skutkiem wadliwego odżywiania się pokarmami, zawierającymi zbyt dużo tłuszczu, węglowodanów.

Jadłowstręt psychiczny (*Anoreksja nervosa*)

Słowo anoreksja jest połączeniem dwóch słów z języka greckiego i oznacza *an* – pozbawienie, brak oraz *orexisis* – apetyt. Jest ogólnym określeniem braku łaknienia lub określeniem awersji pokarmowej [9].

Jadłowstręt psychiczny najczęściej rozpoczyna się od wielokrotnie podejmowanych prób utraty masy ciała. Początkowo jego przebieg jest najczęściej utajony. Przyczyną podjęcia decyzji o odchudzaniu może być krytyczna uwaga osoby z najbliższego otoczenia dotycząca wyglądu bądź wagi. Również postrzeganie własnej osoby z perspektywy kreowanego w mediach wizerunku kobiety ma duże znaczenie w rozwoju tego zaburzenia. Anoreksja może także rozpoczynać się zastosowaniem postu o charakterze religijnym [9].

Osoba dotknięta anoreksją nie postrzega siebie jako osoby chorej. W początkowym okresie rozwoju zaburzenia spadek masy ciała traktowany jest przez najbliższe otoczenie jako efekt konsekwentnie prowadzonej diety odchudzającej i nagradzany słowami uznania [9].

Z czasem dochodzi jednak do bardziej drastycznych ograniczeń żywieniowych, aż do całkowitego zaprzestania jedzenia. Często w tym stadium choroby anorektyczka stosuje bardzo intensywne ćwiczenia fizyczne, dodatkowo stymulując ubytek masy ciała przez prowokowanie wymiotów, czy przyjmowanie środków odwadniających i przeczyszczających [9].

Anorektyczkami są najczęściej ambitne dziewczęta, osiągające dobre wyniki w nauce i bardzo przeżywające swoje szkolne niepowodzenia. Mają one skłonność do planowania dnia w najdrobniejszych szczegółach, a odstępianie od którejś z wyznaczonych czynności wyzwała w nich podenerwowanie i frustracje. Dobre samopoczucie z powodu kontroli nad ciałem, może przekształcić się w lęk związany z możliwością utraty panowania nad nim – a później wiązać się z depresją i apatią, czego końcowym efektem mogą być stany katatoniczne [9].

Żarłoczność psychiczna (*Bulimia nervosa*)

Bulimia z języka greckiego znaczy *limos* – głód i *bous* – byk [10]. Żarłoczność psychiczna to rodzaj zaburzenia, w którym niewłaściwie przyjmowane są składniki pokarmowe - najczęściej w wielkich ilościach [10].

W większości przypadków bulimia pojawia się u młodych kobiet, które podjęły próby kontroli masy ciała przez stosowanie różnych diet odchudzających. Podłoże żarłoczności psychicznej może mieć związek ze stresem, który jednak nie jest tak jak w *anorexia nervosa* związany z wagą, czy postrzeganiem siebie. Początkiem bulimii może być śmierć osoby bliskiej, rozwód w rodzinie, kryzysy w życiu rodzinnym lub stres egzaminacyjny [9].

Bulimiczka przeczulona jest na punkcie swojego wyglądu, zwraca szczególną uwagę na masę ciała, ma także bardzo dużą wiedzę na temat zdrowego żywienia się. Pojawiające się napady objadania się mają charakter nawracający. Podczas ataku bulimicznego następuje utrata kontroli nad jakością i ilością pochłanianych pokarmów. Istotą bulimii jest powtarzające się, cykliczne, napadowe i niepohamowane objadanie się, i następujący po nim lęk o wzrost masy ciała powodujący stosowanie zachowań kompensacyjnych w postaci prowokowania wymiotów, stosowania głodówek, środków odwadniających lub przeczyszczających, lewatyw, intensywnych ćwiczeń fizycznych. Dochodzi także do przyjmowania środków psychoaktywnych [9].

Wygląd zewnętrzny przez długi czas nie ujawnia przebiegu choroby. Częściej niż anorektyczki, bulimiczki przejawiają chęć do podjęcia leczenia, mają jednak trudności z kontynuacją terapii [1,9].

Gdy epizody żarłoczności wraz z zachowaniami kompensacyjnymi występują, co najmniej dwa razy w tygodniu przez okres, co najmniej trzech miesięcy można mówić o wystąpieniu bulimii [1].

Uwarunkowania anoreksji i bulimii

W obu zaburzeniach odżywiania można dostrzec wiele wspólnych czynników, będących wynikiem zakłóceń różnych mechanizmów regulujących odżywianie. Mechanizmy te w obu przypadkach są wieloczynnikowe i złożone. W anoreksji, zmiany biologiczne mają charakter wtórny, wynikający z niedoborów pokarmowych. Natomiast nieprawidłowości w regulacji układu serotonergicznego, które można spotkać w anoreksji, większe rozmiary przybierają w bulimii i tu ich charakter jest niezależny i utrzymuje się po ustąpieniu objawów choroby. Oba zaburzenia mogą czasami zmieniać swój obraz kliniczny, przechodzić jedna w drugą. Natomiast inny charakter obu zaburzeń istnieje w uwarunkowaniach społecznych, osobowościowych i genetycznych [10].

Profilaktyka i leczenie anoreksji i bulimii

Na profilaktykę zaburzeń odżywiania powinny składać się czynności podejmowane w grupach młodzieżowych oraz w grupach, które w wyniku bezpośredniego kontaktu opiekuńczego lub wychowawczego mają wpływ na nabywanie przez młodzież dystansu do propagowanego przez media wzorca sylwetki. Szczególnie środowisko rodzinne jak i szkolno-pedagogiczne składające się z nauczycieli, wychowawców oraz pedagogów szkolnych powinno umiejętnie podnosić samoocenę młodzieży oraz kształtować pozytywny obraz ciała. Propagowanie zasad zdrowego odżywiania się i stylu życia, powinno być połączone ze wskazywaniem niebezpieczeństw, związanych ze stosowaniem różnych metod kontroli masy ciała. Pogadanki, prelekcje, wykłady oraz filmy edukacyjne powinny mieć na celu kształtowanie oraz umacnianie wśród uczniów odpowiednich postaw zdrowotnych. Również rozwijanie w młodych osobach umiejętności właściwego radzenia sobie ze stresem oraz rozpoznawania i określania własnych emocji jest metodą walki z zaburzeniami odżywiania, gdyż wahania emocjonalne dotyczące postrzegania własnego ciała mają ogromny wpływ na pojawienie się zarówno bulimii jak i anoreksji [11].

Najczęściej stosowanym podziałem czynności profilaktycznych jest taki, który obejmuje zasięg oddziaływań profilaktycznych i poziom natężenia funkcjonalności lub dysfunkcjonalności ich odbiorców. Odnosząc się do tych kryteriów wyróżnia się następujące kategorie działań profilaktycznych:

- Profilaktyka pierwszorzędowa: działania profilaktyczne odnoszą się do osób zdrowych z grupy niskiego ryzyka. Szczególny nacisk obejmuje rozwijanie różnych umiejętności życiowych jednostki, które pozwolą jej w stresujących sytuacjach radzić sobie bez zażywania narkotyków, czy stosowania głodówek. Profilaktyka pierwszego rzędu promuje zdrowy styl życia [11].
- Profilaktyka drugorzędowa: kierowana jest do osób z grupy podwyższonego ryzyka, gdzie prawdopodobne wystąpienie zaburzeń odżywiania i zachowań patologicznych jest wysokie.
- Profilaktyka trzeciorzędowa: działania profilaktyczne, skierowane do grup młodzieży, gdzie zdiagnozowano już anoreksje i bulimię. Głównymi jej celami jest przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu patologicznego jak i degradacji społecznej jednostki oraz pomoc w powrocie do normalnego życia [11].

Wszystkie trzy poziomy profilaktyki polegają na trenowaniu sposobów radzenia sobie z problemami, naturalnym przyjmowaniu porażek i czerpaniu z nich życiowej nauki, budowaniu stabilnego obrazu własnego ciała zarówno pod względem psychicznym i somatycznym. Pomagają zahamować zaburzenia dotyczące stosunku do jedzenia i ciała, zmniejszają zasięg działania czynnika zagrażającego. Nie dopuszczają do rozwoju zaburzeń oraz zintensyfikowania niepożądanych konsekwencji. Ich celem jest także zapobieganie próbom samobójczym. Wymienione działania profilaktyczne dotyczą ograniczenia dążenia do perfekcjonizmu i jednocześnie odpowiednio dobranych form podnoszenia swojej atrakcyjności. Końcowym efektem profilaktyki trzeciego stopnia jest uznanie przez pacjentkę obserwowanych symptomów za stan chorobowy, a w dalszym przebiegu zaakceptowanie konieczności poddania się leczeniu szpitalnemu lub ambulatoryjnemu [11].

Dorastanie nastolatków w dzisiejszych realiach powiązane jest z określaniem własnej tożsamości, budowaniem osobowości oraz szukaniem własnej drogi życiowej. Jest to również czas, w którym młode osoby zwracają szczególną uwagę na wygląd własnego ciała. Stają się w tym okresie podatne na wpływy zewnętrzne.

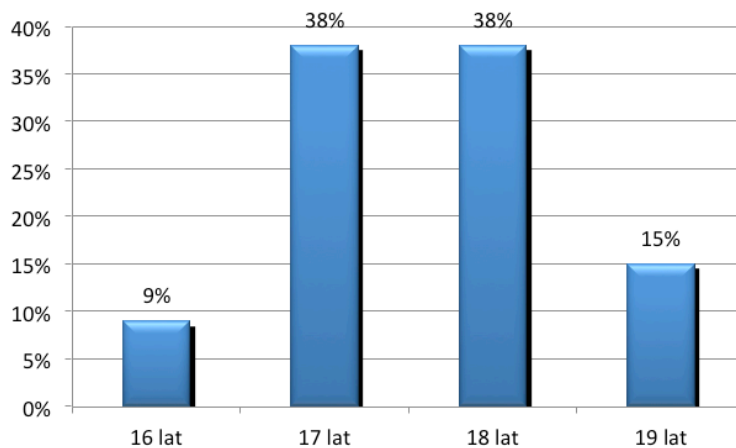
Celem pracy było zbadanie wpływu mediów, środowiska na nawyki żywieniowe uczennic szkół ponadgimnazjalnych, oraz na kształtowanie wizerunku własnego ciała.

Material i metody

Badaniami objęto 400 osobową grupę dziewcząt, uczennic szkół ponad gimnazjalnych położonych na terenie woj. Podlaskiego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki

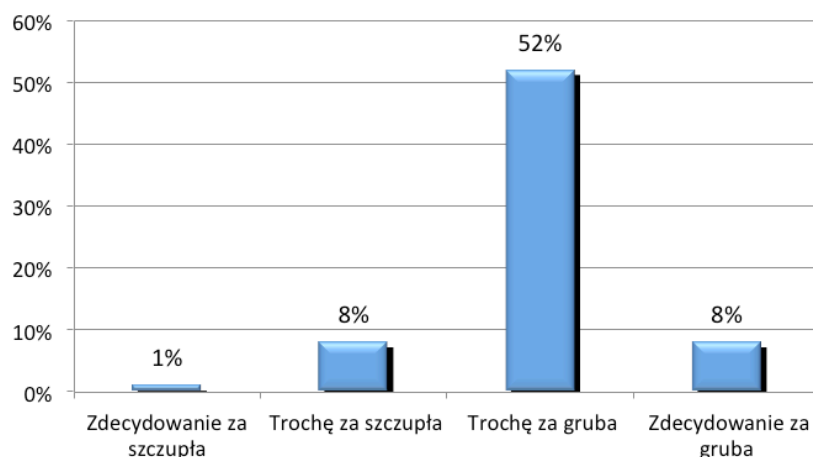
Badania przeprowadzono na grupie 400 uczennic. Przedział wiekowy badanych wynosił 16-19 lat. W wieku 16 lat było 9% badanych, w wieku 19 lat było 15% ankietowanych, największą grupą były dziewczęta w wieku 17-18 lat stanowiły one 76% grupę badanych uczennic (Ryc. 1).



Ryc. 1. Przedział wiekowy respondentek

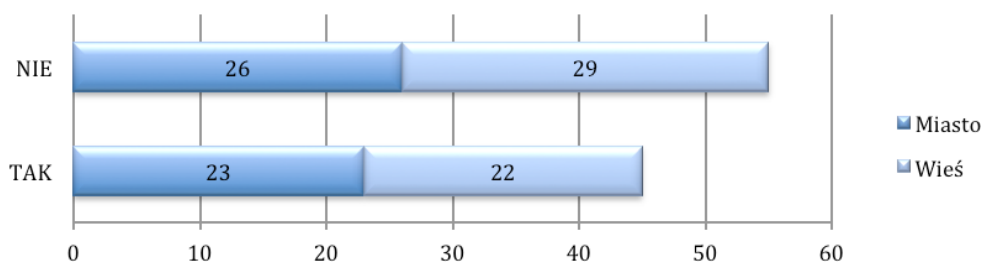
Najniższa osoba miała 152cm wzrostu, natomiast najwyższa 183 cm. 150-159 cm wzrostu miało 7% badanych osób, 55% osób – 160-169 cm, 36% osób – 170 a 2% stanowiły dziewczęta z grupy 180-189 cm.

Na pytanie dotyczące oceny własnej sylwetki ponad połowa dziewcząt odpowiedziała, że jest trochę za gruba, 8% dziewcząt określiło, że jest zdecydowanie za gruba, również 8% oceniło własną sylwetkę jako za szczupłą. Jedynie 1% respondentek odpowiedziało, że jest zdecydowanie za szczupłą (Ryc. 2).



Ryc. 2. Subiektywna ocena sylwetki

Z naszych badań wynika, że 45% ankietowanych przyznało się do stosowania diet odchudzających a 55% stwierdziło, że nie stosowało żadnych diet. Dane przedstawia Ryc. 3.



Ryc. 3. Stosowanie diet przez badane

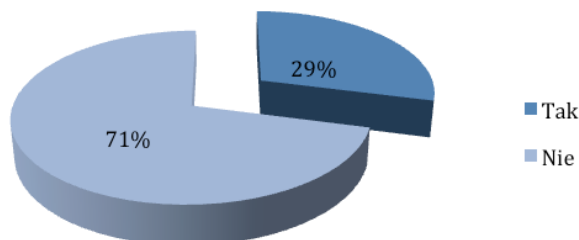
Zdaniem respondentów najczęściej stosowaną dietą była głódówka – liczba mieszanek wsi i miasta stosujących ten rodzaj diety był taki sam – wynosił 36%. Na następnym miejscu uplasowała się dieta 1000 kalorii, a kolejne miejsce zajęła dieta Dukana, którą stosowało 7% mieszanek miasta i 6% mieszanek wsi. 2%-5% wszystkich respondentek stosowało następujące diety: dieta plaż południowych, dieta kapuściana, dieta Kopenhaska. 17% respondentek, z czego większość – 11% pochodziła z miasta, przyznała się do stosowania innego rodzaju diety, takiego jak: dieta grapefruitowa, dieta mniej niż 200 kalorii, oczyszczająca (sucharkowa) czy owocowo-warzywna. Niektóre ankietowane stosowały stopniowe ograniczanie ilości spożywanego pokarmu. Dokładne dane przedstawia Tabela. I.

Tabela I. Rodzaj stosowanej diety*.

Rodzaj zastosowanych diet	Miasto		Wieś		Razem	
	N=92		N=89		N=181	
	N	%	N	%	N	%
Dieta kapuściana	9	4	3	1	12	5
Dieta plaż południowych	2	1	2	1	4	2
Dieta Dukana	16	7	14	6	30	13
Dieta kopenhaska	8	3	4	2	12	5
Dieta 1000 kalorii	26	11	26	11	52	22
Głódówka	41	18	41	18	82	36
Inna	24	11	14	6	38	17

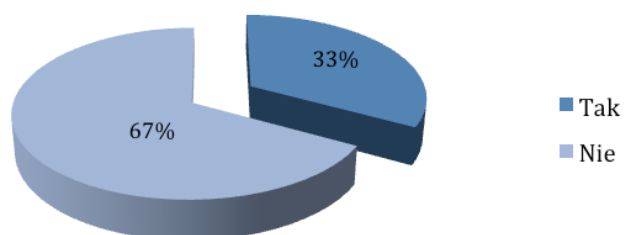
*wyniki nie sumują się do 100% z powodu możliwości udzielenia wielokrotnych odpowiedzi przez ankietowane

W badanej populacji, większość respondentek odczuwało wyrzuty po spożyciu posiłku. Dane ilustruje Ryc. 4.



Ryc. 4. Reakcja psychiczna po spożytym posiłku

Większość respondentek zwracało uwagę na wartości produktów spożywczych podczas zakupów (Ryc. 5).



Ryc. 5. Wiedza pytanych na temat wartości odżywczych kupowanych produktów

W naszym badaniu, 61% respondentek stwierdziło, że pierwszoplanowym rodzajem zaburzenia jest otyłość. Drugie miejsce zajął wilczy apetyt na słodycze (51%), jadłowstręt psychiczny – trzecie miejsce, zespół jedzenia nocnego (39%) – czwarte, jedzenie napadowe (29%) i żarłoczność (25%) – kolejno piąte i szóste. *Orthoreksja nervosa* zajęła przedostatnie miejsce a anarchia żywieniowa ostatnie. Analizując to pytanie, uwzględniając miejsce zamieszkania respondentek, okazało się, że mieszkanki wsi były mniej zorientowane w zaburzeniu odżywiania określanym jako anarchia żywieniowa, bo tylko 3 osoby zakreśliły ten rodzaj zaburzenia. *Orthoreksia nervosa*, czyli obsesja na punkcie spożywania właściwej i zdrowej żywności nie było znane mieszkankom wsi. Podobnie kształtowały się odpowiedzi mieszkanek miasta – tylko 9 osób znało termin anarchii żywieniowej, a *Orthoreksji nervosa* –

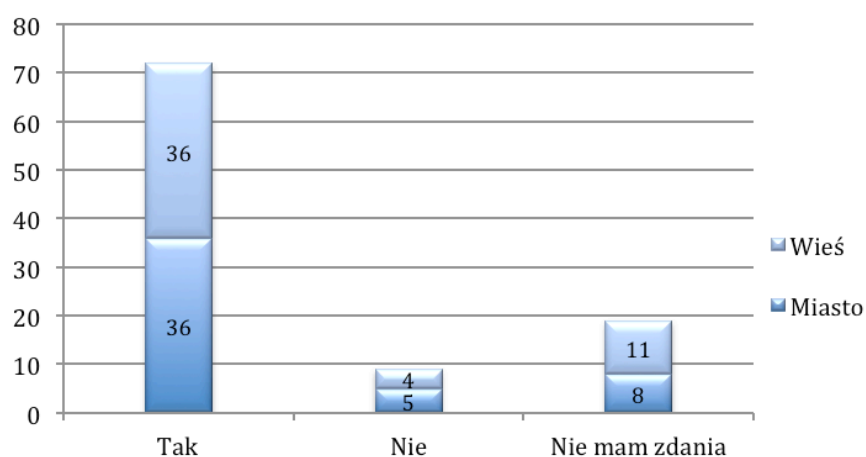
22 osoby. Najwięcej badanych, mieszkających zarówno na wsi jak i w mieście, znało termin otyłości i wilczego apetytu na słodycze. Dane ilustruje tabela II.

Tabela II. Wiedza o rodzajach zaburzeń odżywiania*

Znajomość zaburzeń odżywiania.	Miasto		Wieś		Razem	
	N=204		N=196		N=400	
	N	%	N	%	N	%
Jadłowstręt psychiczny	80	20	85	21	165	41
Żarłoczność psychiczna	58	14	43	11	101	25
Jedzenie napadowe	61	15	55	14	116	29
<i>Orthorexia nervosa</i>	22	6	6	1	28	7
Otyłość	114	29	129	32	243	61
Anarchia żywieniowa	9	2	3	1	12	3
Zespół jedzenia nocnego	74	19	82	20	156	39
Wilczy apetyt na słodycze	97	24	105	27	202	51

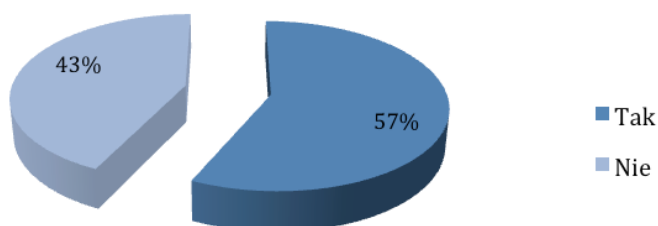
* wyniki nie sumują się do 100% z powodu możliwości udzielenia wielokrotnych odpowiedzi przez ankietowane

W badanej populacji większość respondentek stwierdziło, że wygląd zewnętrzny decyduje o powodzeniu (Ryc. 6).



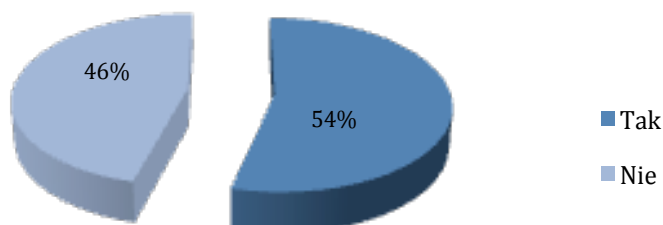
Ryc. 6. Wygląd a powodzenie w życiu

Poniższy wykres obrazuje odpowiedź na pytanie, które dotyczyło opinii otoczenia i związanej z nim zmiany postrzegania własnej sylwetki. Grupa 57% respondentek odpowiedziała, że otoczenie ma wpływ na zmianę oceny dotyczącej własnej sylwetki, a 43% stwierdziło, że nie ma. (Ryc. 7)



Ryc.7. Opinia osób z otoczenia a zmiany w postrzeganiu obrazu własnego ciała

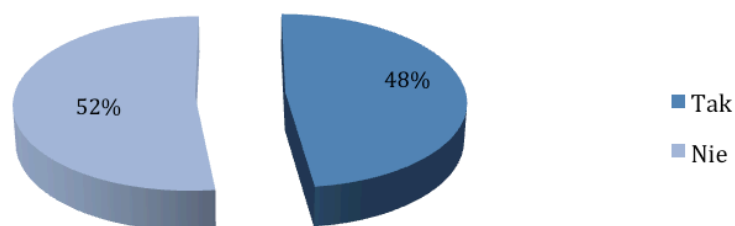
Poniższy wykres obrazuje odpowiedź na pytanie, dotyczące dążenie do osiągnięcia kobiecego ideału sylwetki. 54% osób odpowiedziało, że dąży do osiągnięcia ideału sylwetki, natomiast



46% osób zaprzeczyło tej tendencji (Ryc. 8).

Ryc. 8. Wpływ mediów a dążenie do osiągnięcia kobiecego ideału sylwetki.

Na pytanie „Czy posiadanie figury modelki było kiedykolwiek Twoim marzeniem?”, zdecydowana większość – 207 badanych (52%) odpowiedziało nie, natomiast 193 (48%) osoby uznały, że chciałyby mieć figurę lansowaną przez media (Ryc. 9).



Ryc. 9. Marzenia respondentek o figurze modelki

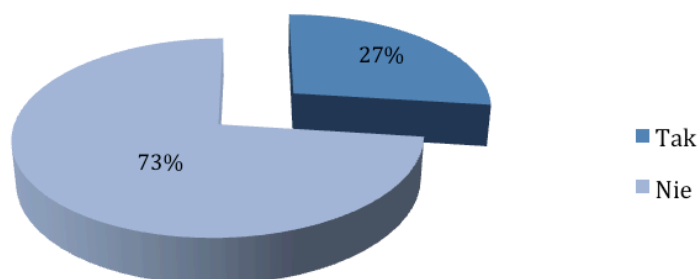
Uczennice pytane o rodzaj najchętniej czytanych artykułów, najczęściej wykazywały artykuły o modzie i urodzie (70%). 35% najchętniej czytało teksty dotyczące rozrywki i ciekawostek z życia gwiazd i celebrytów, 33% – porady zdrowotne, 20% – przepisy kulinarne a 16% w ogóle nie wykazało zaciekawienia tego typu literaturą (tab. III).

Tabela III. Zainteresowanie uczennic szkół średnich treścią artykułów czasopism kobiecych*

Rodzaj czytanych artykułów w prasie kobiecej	Miasto		Wieś		Razem	
	N=204		N=196		N=400	
	N	%	N	%	N	%
Moda i uroda	133	33	149	37	282	70
Rozrywka	68	17	72	18	140	35
Ciekawostki z życia gwiazd	64	16	74	19	138	35
Porady zdrowotne	57	14	74	19	131	33
Przepisy kulinarne	38	10	42	10	80	20
Nie czytam	42	10	23	6	65	16

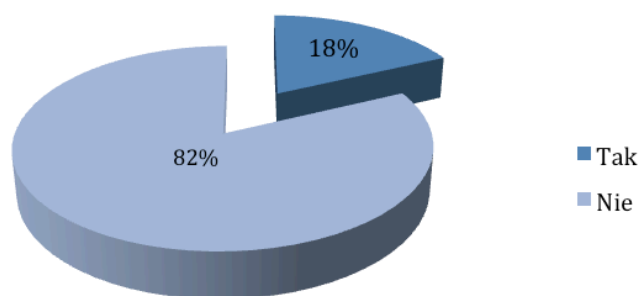
*wyniki nie sumują się do 100% z powodu możliwości udzielenia wielokrotnych odpowiedzi przez ankietowane

W pytaniu dotyczącym wpływu mediów na podejmowanie decyzji o odchudzaniu, aż 73% respondentek stwierdziło, że media nie miały wpływu na podjęcie decyzji o odchudzaniu, natomiast 27% potwierdziło oddziaływanie mediów na podjęcie decyzji o utracie wagi. (Ryc. 10)



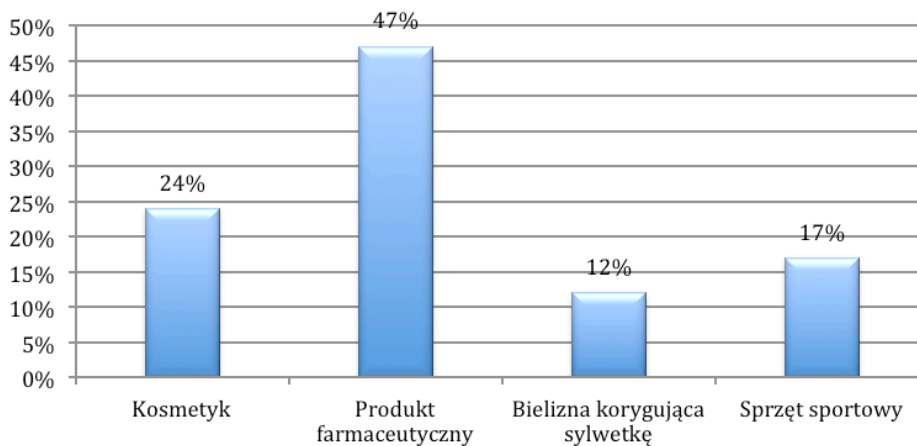
Ryc.10. Wpływ mediów na podjęcie decyzji o odchudzaniu przez respondentki.

Poniższy wykres obrazuje odpowiedź na pytanie, dotyczące chęci kupna produktów o działaniu odchudzającym pod wpływem reklamy. Większość respondentek – 82% odpowiedziało, że nie dokonało takiego zakupu. (ryc. 11).



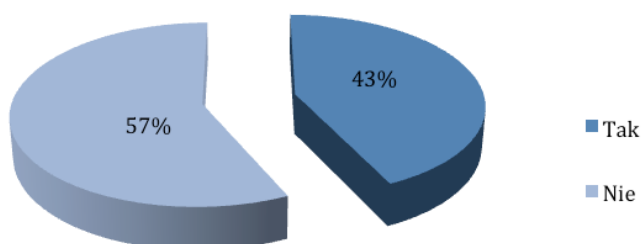
Ryc. 11. Wpływ reklamy na chęć zakupu produktów o działaniu odchudzającym

Najwięcej badanych (47%) kupiło produkt farmaceutyczny. Kosmetyki kupiło 24% respondentek, sprzęt sportowy – 17% a bieliznę korygującą sylwetkę jedynie 12%. (Ryc. 12).



Ryc. 12. Rodzaj kupionego produktu

Kolejne pytanie, dotyczące mediów sprawdziło, czy radio i telewizja mają wpływ na zakup żywności przez badane. Większość badanych – 57% zaprzeczyło istnieniu takiego wpływu, natomiast 43% osób potwierdziło zakup produktów spożywczych pod wpływem mediów (ryc. 13).



Ryc. 13. Wpływ radia i telewizji na rodzaj kupowanych produktów spożywczych

W kolejnym pytaniu uczennice odpowiadały jak spędzają wolny czas. Ankietowane, swój czas wolny najchętniej spędzają przed komputerem (78%) i przed telewizorem (66%). Tylko 14% preferuje czytanie (po 21%). 52% badanych swój wolny czas spędza aktywnie na dyskotekach lub prywatkach (25% mieszkających i 27% mieszkających na wsi). 28% w czasie wolnym podjada (17% mieszkających w mieście i 11% mieszkających na wsi). Tylko 26% swój czas wolny spędza na zajęciach sportowych (17% mieszkających w mieście i 9% mieszkających na wsi). Dokładne dane przedstawia Tabela IV.

Tabela IV. Model spędzania wolnego czasu przez ankietowane*

Model spędzania wolnego czasu.	Miasto		Wieś		Razem	
	N=204		N=196		N=400	
	N	%	N	%	N	%
Czytam	82	21	86	21	168	42
Oglądam telewizję	116	29	149	37	265	66
Podjadam	67	17	45	11	112	28
Korzystam z komputera	153	38	159	40	312	78
Dyskoteka/prywatka	98	25	109	27	207	52
Zajęcia sportowe	70	17	35	9	105	26

*wyniki nie sumują się do 100% z powodu możliwości udzielenia wielokrotnych odpowiedzi przez ankietowane

O kondycję fizyczną nie dba 15% uczennic, największa ilość pytaných bo 57% preferuje jazdę rowerem, 36% jako formę aktywności określiła taniec, pozostałe dziewczęta stosują wymagające większego zaangażowania formy wypoczynku takie jak biegi (31%), pływanie (27%), siłownię (16%) i aerobik (13%). Dziewczęta mieszkające na wsi wykazują mniejsze zainteresowanie takimi formami spędzania wolnego czasu jak aerobik (4%), i siłownia (3%). Natomiast wyżej stawiają jazdę rowerem (33%) i taniec (20%). Uczennice zamieszkujące miasto jedynie jazdę rowerem (24%) przedkładają nad inne formy aktywności fizycznej, które mieszczą się w przedziale 8% a 18%. Dane ilustruje Tabela. V.

Tabela V. Rodzaje aktywności fizycznej*

Aktywność fizyczna	Miasto		Wieś		Razem	
	N=204		N=196		N=400	
	N	%	N	%	N	%
Biegi	55	14	70	17	125	31
Aerobik	37	9	17	4	54	13
Siłownia	50	13	14	3	64	16
Jazda rowerem	97	24	130	33	227	57
Pływanie	71	18	36	9	107	27
Taniec	67	16	78	20	145	36
Nie dbam o kondycję fizyczną	30	8	28	7	58	15

*wyniki nie sumują się do 100% z powodu możliwości udzielenia wielokrotnych odpowiedzi przez ankietowane

Ponad połowa respondentek przyznała, że w ich domach rodzinnych nie przekazuje się informacji na temat zdrowego żywienia (205 osób). Ale niewiele mniej (195 osób) wskazuje dom rodzinny jako miejsce szerzenia wiedzy i nawyków prozdrowotnych. Uczennice mieszkające na wsi w ilości 101 osób zaznaczyły w ankiecie, że w domach rodzinnych szerzone są pozytywne nawyki żywieniowe, natomiast podobna ilość bo 103 osoby odpowiedziały, że ich rodziny nie podejmują prób propagowania zdrowego żywienia. Dane przedstawia Tabela VI.

Tabela VI. Szerzenie nawyków żywieniowych w domach rodzinnych

Propagowanie zdrowego żywienia	Miasto				Wieś				Razem			
	Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Czy w Twoim domu propaguje się zdrowe żywienie?	94	24	102	25	101	25	103	26	195	49	205	51

Dyskusja

Współczesna kultura masowa nakłada na młode kobiety obowiązek dbania o własne ciało i jego wygląd, zgodny z narzuconymi wzorcami przez prasę i telewizję, które są niezwykle sugestywnymi nośnikami wzorców wyglądu kobiety idealnej. Należy zauważyć, że nośniki te nie zostały stworzone do wywoływania złej percepcji ciała, ale silnie rzutując na powstanie i rozwinięcie się zaburzeń wizerunku ciała i w konsekwencji skutecznie przyczyniają się do rozwoju złych nawyków żywieniowych i rozwoju zaburzeń odżywiania [12].

Wybór takiej grupy badawczej podyktowany był tym, że uczennice te samodzielnie mogły odpowiedzieć na szereg pytań zawartych w ankiecie a wiek ich, czyli 16-19 lat jest czasem, w którym kształtuje się świadomość znaczenia wyglądu własnego ciała w stosunkach międzyludzkich. W przypadkach braku akceptacji własnego wyglądu młode dziewczęta podejmują decyzje skutkujące zmianą ich wyglądu, co może w przyszłości rodzić szereg zaburzeń związanych ze złymi decyzjami żywieniowymi.

Z przeprowadzonych badań wynika, że więcej niż połowa (60%) ankietowanych uczennic nie jest zadowolona ze swojej wagi. Z uwagi na miejsce zamieszkania ocena własnej wagi przedstawiała się następująco: 31% mieszkanki wsi i 29% mieszkanki miasta określiło swoja

wagę jako tę, która nie spełniła ich oczekiwań. Świadczy to o tym, że ankietowane mają świadomość problemu, jaki może stanowić zbyt wysoka waga.

Badania przeprowadzone przez Mędręłę-Kuder wykazały inny procentowy stosunek zadowolonych z własnej sylwetki dziewcząt niż wskazują wyniki przedstawione wyżej. 61% ankietowanych uczennic było zadowolonych z własnego wyglądu. Podobny procent dziewcząt (84%) uważał, że odpowiednia waga i wygląd ma wpływ na sukcesy życiowe [13].

Młodzież ma świadomość tego, że sylwetka odgrywa ogromną rolę w ich życiu, decyduje o lepszym postrzeganiu osoby przez otoczenie, ułatwia nawiązywanie nowych kontaktów oraz pomaga w rozwiązywaniu życiowych problemów. W ankiecie aż 72% osób odpowiedziało, iż wygląd zewnętrzny decyduje o powodzeniu w życiu.

Silna presja społeczna wymusza na młodych osobach konieczność wypracowania szczupłej sylwetki warunkującej sukces i powodzenie w życiu [14].

Młodzież nie jest obojętna na wpływ mediów i otoczenia, gdyż 57% zwraca uwagę na opinie osób z najbliższego otoczenia, a 54% ma świadomość istnienia ideału sylwetki. Wpływ tych czynników jest tak duży, że dla 52% dziewcząt posiadanie figury modelki staje się marzeniem. Inni autorzy w swoich badaniach zwrócili również uwagę na kreowanie szczupłej sylwetki przez media. Ilość osób badanych potwierdzających tę tendencję stanowiła 88% [13]. Po przeanalizowaniu dostępnych informacji dotyczących kaloryczności spożywanych posiłków, na którą zwraca uwagę 25% badanych dziewcząt oraz rodzaju zastosowanej metody odchudzającej należy stwierdzić, że głodówka jest najłatwiejszą w stosowaniu i najbardziej rozpowszechnioną dietą, preferowaną zarówno przez mieszkanki miasta (23%) i wsi (23%).

O subiektywnym postrzeganiu własnego ciała pisała Niedźwiecka-Kącik. W swoim artykule stwierdziła, że w diecie uczennic bardzo często pojawiają się głodówki, które mają doprowadzić w jak najkrótszym czasie do pozbycia się jak największej ilości kilogramów. Badane przez nią uczennice często nie zdawały sobie sprawy z tego, że decydując się na taką formę odchudzania mogą nie tylko nie osiągnąć zadowalających efektów, ale doprowadzić do rozwoju takich chorób jak anoreksja, bulimia lub niedokrwistość [15]. Literatura medyczna podaje, że młodzież, która źle ocenia swój wygląd skłonna była częściej podejmować ryzykowne zachowania dla zdrowia, dotyczące obniżenia masy ciała takie jak głodówka lub prowokowanie wymiotów [16].

Ze względu na intensywność popularyzacji w mediach diety Dukana, zajęła ona wysokie, bo 3 miejsce w rankingu stosowanych przez ankietowane diet.

Dietę 1000 kalorii, która jest dietą dobrze zbilansowaną, jeżeli chodzi o zawartość energetyczną spożywanych pokarmów i jest zalecana przez lekarzy i dietetyków, stosowało zaledwie 28% nastolatek.

Deklarowana przez pytane wiedza i stosowane rodzaje diet świadczą o tym, że wiedza ta jest niepełna, gdyż diety przez nie wybierane i stosowane, propagowane są w mediach a nie zalecane przez specjalistów. Tak wysoki wskaźnik 63% obu nietrafnie dobieganych sposobów walki z nadwagą wskazuje na bardzo silny, negatywny wpływ środków masowego przekazu na wiedzę o prawidłowym żywieniu i wpływie na podejmowane wybory.

Również wiedza o zaburzeniach odżywiania, którą dysponują nastolatki jest wiedzą nabytą ze środków masowego przekazu. Jest to wiedza potoczna, powierzchowna, niedostarczająca, rzetelnych informacji na temat zaburzeń odżywiania oraz metod postępowania z nimi. Stan wiedzy najtrafniej obrazują wyniki badań na temat podjadania, gdzie 65% podjada słodczyce a jednocześnie 51% określa takie zachowanie jako wilczy apetyt na słodczyce.

Nawyk żywieniowy, polegający na spożywaniu odpowiednio zbilansowanych pokarmów w zależności od wieku staje się przyzwyczajeniem, skutkującym prawidłowym rozwojem organizmu. Obserwowane obecnie trendy żywieniowe polegające na spożywaniu od najwcześniejszych lat produktów wysokokalorycznych oraz niedostarczających organizmowi odpowiedniej ilości składników odżywczych w późniejszym okresie dojrzewania i w wieku dojrzałym przekształcają się w zaburzenia żywieniowe, które mogą skutkować schorzeniami o podłożu psychicznym i metabolicznym [16,17].

Jak podaje Rycharska-Łoś kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych ma swój początek w dzieciństwie i w ogromnym stopniu wpływa na przyzwyczajenia dietetyczne w późniejszych okresach życia [18].

W wyniku rozwoju technologii medialnej, jej wpływu na codzienne życie ludzi, następuje konfrontacja postrzegania własnej osoby z idealnym wzorcem dostarczanym przez media. Rodzi to w konsekwencji pogoń za ideałem piękna bez brania pod uwagę poniesionych kosztów psychicznych jak i fizycznych. Szczególnie narażone są na to młode jednostki, które są jeszcze nie w pełni ukształtowane pod względem emocjonalnym.

Świadczą o tym niektóre z wyborów dokonywanych przez uczennice z badanej grupy. Posiadanie świadomości znaczenia szczupłej sylwetki prowadzi do podjęcia decyzji o redukcji masy ciała. Poszukując w najbliższym sobie otoczeniu wiedzy znajdują ją w mediach. Lansowane tam metody przyjmują bezkrytycznie, bez odniesienia do własnych potrzeb i możliwości. Rodzi to wiele błędów skutkujących na całe życie. Żywność z barów szybkiej obsługi, tak rozpowszechnionych w dzisiejszych czasach, nieumiarkowanie w jedzeniu słodczy, niewłaściwy dobór składników codziennej diety, duże spożycie mięsa i wędlin, brak w diecie owoców morza, mała ilość warzyw i owoców prowadzi do nadwagi a w późniejszym okresie do otyłości.

Niewłaściwie dobrana dieta w postaci głodówki lub stosowanie modnych diet „cud” zamiast poprawy własnego wyglądu i utraty wagi może przynieść odwrotne rezultaty, prowadzące do wzrostu wagi i pogorszenia samopoczucia. Złe nawyki żywieniowe propagowane w modnych dietach skutkują otyłością, która coraz bardziej restrykcyjnie zwalczana może przekształcić się w pogłębiające się zaburzenia odżywiania takie jak jadłowstręt psychiczny i żarłoczność psychiczna.

W badanej grupie respondentek te dwa rodzaje zaburzeń odżywiania można wykluczyć ze względu na niską aktywność fizyczną, która jest jednym ze wskaźników występowania tych schorzeń.

Wnioski

1. Media tradycyjne pod postacią prasy oraz multimedia, czyli Internet, telewizja i radio mają ogromny wpływ na kształtowanie nawyków żywieniowych.
2. Przeprowadzone badania wykazały, że opinia środowiska w 57% ma wpływ na kształtowanie własnego wizerunku ankietowanych dziewcząt.
3. Większość badanych uczennic deklaruje posiadanie wiedzy z zakresu prawidłowego odżywiania, co nie znajduje potwierdzenia w przeprowadzonych badaniach ze względu na nieprawidłowe decyzje dotyczące rodzaju stosowanych diet oraz doboru produktów w codziennej diecie jak i zbyt niskiej podaży warzyw.

Bibliografia

1. Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A.: *Jedzenie*. Wydawnictwo Gaudium, Lublin 2005.
2. Rogowicka G.: Otyłość u dzieci. *Wychowanie w przedszkolu*, 2005; 1, 38-39.
3. Abramczyk A.: Otyłość – choroba społeczna. Możliwość leczenia i profilaktyki. *Medycyna – Dydaktyka – Wychowanie*, 2004; 36, 1, 11-15.
4. Kochman D.: Otyłość w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym. Możliwość zapobiegania i leczenia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2004; 1-2, 92-99.
5. Pawlik M., Rydzewska G.: Metody terapeutyczne leczenia otyłości z uwzględnieniem zastosowania balonów do żołądkowych. *Polski Mercuriusz Lekarski*, 2009; 26, 527.
6. Nazar K.: Wysięk psychiczny – ważny czynnik w walce z otyłością. *Kosmos*, 2010; 59, 395-402.
7. Bernas M., Czech A.: Kliniczna definicja i ocena otyłości. *Terapia*, 2005; 5, 7-10.
8. Tatoń J.: Patogeneza i klasyfikacja otyłości dla celów prewencji i leczenia. *Polska Medycyna Rodzinna*, 2003; 5, 3, 523-536.
9. Rajewski A.: Zaburzenia odżywiania, [w:] *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Namysłowska I (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 247-256.
10. Gawryluk B.: *Odchudzanie – fakty i mity*. Wydawnictwo Złote Myśli Sp.z o.o., 2008; 11-13.
11. Józefik B., Wolska M.: *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Hachette Polska Sp. z o.o., Warszawa 2009; 106-115.
12. Lwow F., Dunajska K., Milewicz A.: Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*, 2007; 3, 3, 37-38.
13. Mędreła-Kuder E.: Błędy żywieniowe dziewcząt w wieku gimnazjalnym a ryzyko wystąpienia u nich zaburzeń odżywiania. *Roczniki PZH*, 2009; 61, 1, 39-42.
14. Kaczmarkiewicz A., Szymański P.: Styl życia a zachowania zdrowotne młodzieży. *Annales Unioersitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 2005; Suplement,16, 298-304.
15. Niedźwiedzka-Kącik D.: Subiektywne postrzeganie własnego ciała-destrukcyjna potrzeba odchudzania się. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2008; 1, 40-47.
16. Jarosz M.: *Praktyczny Podręcznik Dietetyki*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010; 51.

17. Pietrzykowska E., Wierusz-Wysocka B.: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2008; 24, 472-483.
18. Rycharska-Łoś E.: Zaniedbania i błędy rodziców i opiekunów w zakresie strategii żywieniowej jako przyczyna niedożywienia dzieci, *Zaburzenia Odżywiania Wieku Dziecięcego*, vol 18, 2, 259-263.

Opieka pielęgniarska wobec chorej na bulimię – studium przypadku

Magdalena Nurkowska¹, Beata Kowalewska², Elżbieta Krajewska-Kułak²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Bulimia (z łac. *Bulimia nervosa*) nazywana również żarłocznością psychiczną to coraz częściej występująca choroba, którą definiuje się jako zaburzenie odżywiania. W dosłownym znaczeniu „wilczy głód”. Nazwa tej jednostki klinicznej pochodzi z języka greckiego, od słowa „*limos* (głód) i przedimka „*bou*” (*bous* – byk, wół) [1]. Według DSM-IV „to nawracające epizody żarłoczności, charakteryzujące się jedzeniem w określonym czasie znacznie większej ilości jedzenia niż większość ludzi byłaby w stanie zjeść w takim samym czasie...” [2]. Bulimię zalicza się do zaburzeń psychicznych w klasyfikacji ICD-10 (F50.2) [3]. Jako nowa jednostka kliniczna pojawiła się w 1979 roku i została opisana przez Russella [4]. W krajach Europy wschodniej stopniowo wzrasta problem żarłoczności (0,46%- 3,2%), jednak wciąż częściej występuje na zachodzie (0,3%-7,3%) [5]. Zachorowalność na bulimię może wynosić 20-30 na 100 tys. osób na rok. Trudno jednak jednoznacznie określić skalę rozpowszechnienia bulimii [6]. Dzieje się tak z powodu ukrywania choroby, kobiety nie przyznają się lub nie są świadome swojego stanu i zwlekają z leczeniem około 4 lata [7]. Możliwe jest jedynie stwierdzenie, iż to właśnie częściej u kobiet występują zaburzenia odżywiania, a 10-krotnie rzadziej u płci męskiej [8]. Wskazuje się także, że kobiety o wyższym poziomie wykształcenia i statusie materialnym stanowią znaczny odsetek zachorowań [8, 9].

Zaburzenia odżywiania rozpoczynają się w okresie dojrzewania płciowego, czyli ok. 15-16 rok życia, a zwykle ujawniają między 19 a 30 rokiem życia [10]. Konieczne jest podkreślenie, że objawy czy też przyznanie się do tego problemu, może nastąpić o wiele później. Według

Malary [10], aż 60% uczniów postrzega bycie lepszym w odniesieniu do masy ciała, już od najmłodszych lat popularność rozpatrywana jest przez pryzmat wyglądu. Dziewczyny z gimnazjum przyznają, że potrafią nie spożywać śniadania, obiadu czy kolacji lub prowokować wymioty. Podobnie przedstawia się sytuacja w liceum i technikum, młode kobiety coraz częściej stosują diety i mają problemy ze stanem swojej skóry czy paznokci [8]. Również wśród studentek przeprowadzono badania, gdzie wykazano, że kobiety te głodzą się czy stosują środki, które przyspieszają przemianę materii. Respondentki przyznały się także do prowokowania wymiotów [11].

Żarłoczność psychiczna zaliczana jest do grupy zaburzeń odżywiania i rozpatrywana jest również jako choroba psychiczna. Nie można podać bezpośredniej przyczyny wystąpienia schorzenia, natomiast możliwe jest wyodrębnienie kilku czynników ryzyka. Znaczenie mają czynniki biologiczne i psychologiczne (indywidualne), a także rodzinne i kulturowe [12]. W przypadku czynników biologicznych prowadzących do rozwoju bulimii, rozpatruje się zaburzenia aktywności neurotransmiterów, : dopaminy, serotoniny i noradrenaliny, neuropeptydu „Y” oraz opioidów, które biorą udział w kontroli sytości. Do kolejnej grupy czynników wpływających na wystąpienie BP zaliczamy: predyspozycję do otyłości, występującą w rodzinie historię otyłości, uzależnienie od alkoholu, wahania nastrojów, zaburzenie wagi w okresie dzieciństwa jak również adolescencji. Wśród czynników psychologicznych wywierających wpływ na rozwój bulimii, można wyłonić: obniżoną tolerancję na lęk, frustrację, nastrój, niskie poczucie wartości, problemy w osiągnięciu niezależności, impulsywność, niestabilność emocjonalną. Są nimi także: nieprzyjemne, drastyczne doświadczenia, w tym nadużycie seksualne w okresie dziecięcym i adolescencji oraz inne nadużycia emocjonalne [13]. Również cechy osobowości, takie jakie wysoki samokrytycyzm, niezadowolenie z wyglądu, niska samoocena i zaburzenia osobowości, predysponują do zaistnienia żarłoczności psychicznej [14].

W grupie czynników rodzinnych wpływają na bulimię – wywieranie presji na „idealną” sylwetkę – badania wskazały, że mamy pacjentek bulimicznych są bardziej krytyczne w porównaniu z matkami dziewczyn zdrowych. Ponadto, na licealistki mają wpływ również członkowie rodziny, którzy negatywnie oceniają figurę chorych [13,15]. Częste konflikty, zaburzona ekspresja emocji, a nawet brak kontaktu fizycznego z matką w pierwszych miesiącach życia również przyczyniają się do zaburzenia odżywiania [16]. Natomiast czynnikami ryzyka są: pozycja i status ekonomiczny rodziców, rozumiane w znaczeniu braku kontaktu, uwagi rodziców, brak poczucia przynależności, negatywnych opinii na temat

jedzenia, wyglądu, wagi. Wyróżnia się również grupę czynników, które nie zaliczają się do wcześniej wymienionych, ale także mogą sprowokować bulimię: brak satysfakcji z własnego ciała, życia, poczucie osamotnienia, uzależnienie postrzegania samego siebie poprzez pryzmat innych osób, potrzeba kontroli, efekt skutecznego obniżenia masy ciała [17]. Do tej grupy zaliczamy również płć żeńską, okres dojrzewania i wczesnej dorosłości, społeczeństwo zachodnie, predyspozycje rodzinne, a więc występowanie w historii rodziny zaburzeń odżywiania, otyłości, problemy z alkoholem oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych [8,12].

Ostatnią grupą są czynniki, które mogą powodować utrzymywanie się bulimii, zaliczamy do nich: objadanie się w sytuacjach stresowych i napięciowych, kontrola wagi, słaba umiejętność porozumiewania się, odsuwanie się od stosunków interpersonalnych, wyrażanie erotycznych i agresywnych popędów, poczucie leku, wstydu, winy, depresja, zaburzenia postrzegania własnego ciała, choroba somatyczna, identyfikowanie się jako chorej na bulimię, a nie np. żony czy studentki oraz presja społeczno- kulturowa [18].

Bogart, Meermann oraz Vanderlinden [12] wyodrębnili kilka modeli, które wyjaśniają etiologię zaburzeń odżywiania [2,4,6,12,13]:

- model lękowy, to znaczy lęk przed staniem się osobą otyłą – „Opisywany jest jako fobia wagi.” W tym modelu osoby chore stosują różne środki przeczyszczające w celu sprowokowania wymiotów, a objadanie się jest usprawiedliwiane uspokojeniem siebie;
- model depresyjny, czyli współwystępowanie depresji w bulimii, a również występowanie w rodzinie zaburzeń afektywnych;
- model uzależnienia rozumiany jako uzależnienie od obżarstwa. Zauważyć można pewną analogię do osób uzależnionych od alkoholu bądź narkotyków. Mimo podobieństwa, badacze wskazują, że BP nie wlicza wszystkich cech charakterystycznych uzależnieniu;
- model dysocjacyjny, charakteryzuje się tym, że chore w ten sposób odreagowują przeżycia traumatyczne. Obżarstwo i wywoływanie wymiotów, to sposób na ograniczenie bolesnych przeżyć i radzenie sobie z tłumieniem nieprzyjemnych wspomnień;
- model kognitywny, opiera się na negatywnym postrzeganiu własnego ciała, odbieraniu siebie, własnej wartości w odniesieniu do wagi i figury;

- model rozwojowy jako lęk przed dorastaniem, obżarstwo jak i głodzenie się wpływa na zahamowanie procesu dorastania;
- model rodzinny opiera się na zażyłości między członkami rodziny, na ich relacjach oraz zależnościach. Wpisana jest w niego także historia otyłości oraz problemy uzależnień i depresji w rodzinie;
- model społeczno-kulturowy jest to wywieranie presji na kobiety przez media, społeczeństwo, czasopisma. Propagowanie przez media „idealnej”, czyli pozbawionej kobiecych kształtów, przesadnie szczupłej sylwetki, poza tym reklamowanie „cudownych” środków odchudzających, zachęcanie do gimnastyki i przeliczania kalorii, wyliczania BMI ;

Reasumując, nie jest możliwe wskazanie jednej przyczyny prowadzącej do powstania bulimii, natomiast możliwe jest wyróżnienie czynników, takich jak: biologiczne, osobowościowe, rodzinne, społeczno-kulturowe i inne[19].

Bulimia nervosa obecnie jest rozpoznawana na podstawie kryterium wg ICD-10 lub DSM-IV. Pierwsze kryteria ustalił Russell, i do dnia dzisiejszego stanowią one podstawę diagnozowania [12].

Kryteria rozpoznawania bulimii wg ICD-10 [6, 8, 20]:

1. cała uwaga poświęcona jedzeniu, niepohamowana chęć przyjęcia pożywienia i napady objadania się [6], spożycie w krótkim czasie nawet 40 000 kcal ;
2. postępowanie mające na celu pozbycie się przyjętego pokarmu za pomocą lewatywy, środków przeczyszczających, prowokowaniu wymiotów, stosowaniu substancji farmakologicznych, głodówki bądź intensywnego wysiłku fizycznego;
3. różnicowanie masy ciała, która wpływa na samoocenę.
4. często zapoczątkowana jest JP, od kilku miesięcy do kilku lat wcześniej.

Kryteria BP wg DSM-IV [12, 19]:

1. nawrotowe objawy objadania się, spożywanie dużej ilości pokarmu w krótkim czasie oraz brak kontroli podczas napadu obżarstwa;
2. unikanie skutków obżarstwa, czyli przybierania na wadze, poprzez stosowanie środków przeczyszczających czy powodowanie wymiotów;
3. zbyt duże skupienie na wyglądzie zewnętrznym, na sylwetce i masie ciała;
4. występujący przynajmniej dwa razy w ciągu tygodnia epizod przeczyszczania przez okres trzech miesięcy [19];

5. żarłoczność pojawiająca się nie tylko podczas incydentu anoreksji.

Stworzono specjalne kwestionariusze do badań nad zaburzeniami odżywiania. Jednym z nich jest EDI [21], który uwzględnia cechy psychologiczne kobiet z bulimią. W tym badaniu można wyróżnić takie cechy osobowości jak: perfekcjonizm, zaniżona samoocena, zaburzenia regulacji impulsów [14].

Kobiety z BP usilnie kontrolują swoją masę ciała, co prowadzi do prowokowania wymiotów oraz stosowania innych metod przeczyszczających. W wyniku takich zabiegów dochodzi do zaburzeń funkcjonowania układów: krążenia, pokarmowego, endokrynnego oraz zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Wraz z zaburzeniami układów pojawiają się zmiany psychologiczne, zwykle współwystępujące zaburzenia psychiczne to depresja oraz stany lękowe [22].

Żarłoczność psychiczna powoduje zaburzenia cyklu menstruacyjnego, torbiele na jajnikach, zaburzenia czynności tarczycy; ze strony układu krążenia: zaburzenia rytmu serca, obniżenie ciśnienia tętniczego, bradykardię; ze strony przewodu pokarmowego: wzdęcia brzucha, biegunki, zaburzenia perystaltyki jelit, rozszerzenie żołądka, refluks żołądkowo-przełykowy, pojawienie się żylaków odbytu; zaburzenia ze strony nerek: nieprawidłowa filtracja kłębuszkowa, hipoglikemia, zapalenie trzustki. Dochodzi do zapalnych obrzęków ślinianek czy do owłosienia typu lanugo. Częste wymioty są przyczyną nadżerki przełyku, jamy ustnej, tylnej ściany gardła, erozji szkliwa, próchnicy zębów czy schorzeń dziąseł. Występuje także odwodnienie organizmu i zaburzenia elektrolitowe, które mogą prowadzić do śmierci [2,6,11, 23].

Terapia bulimii może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych, jak również w warunkach szpitalnych. Pacjentki, u których nie zdiagnozowano stanu zagrażającego ich życiu poddawane są leczeniu ambulatoryjnemu. Stan wyniszczenia organizmu spowodowanego bulimią staje się podstawą do hospitalizacji. Przyjmuje się, że warunkiem leczenia w szpitalu jest obniżony stosunek masy ciała do wzrostu kobiety (wtedy, gdy jest on mniejszy niż 75% lub odchylenie poniżej 3 w BMI [24]).

Leczenie bulimii to proces włączający wiele osób: dietetyka, psychologa, lekarza, pielęgniarki, rodziny i oczywiście samego chorego. Do metod leczenia możemy zaliczyć psychoterapię, farmakoterapię, terapię rodzinną lub indywidualną. Dowiedziono, że dwie pierwsze metody połączone razem dają najefektywniejsze skutki [20].

Podstawową metodą psychoterapii jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT), która polega na nauczaniu pacjentki kontrolowania napadów objadania i co za tym idzie epizodów wymiotów oraz nie skupiania uwagi na masie ciała. Ważnym elementem terapii jest przywrócenie prawidłowego stanu odżywienia, należy jednak zaznaczyć, by nie wykluczać produktów z diety poprzez uznanie, że pacjentka jest od nich uzależniona, ponieważ narusza się sferę godności chorej [18]. Zachęca się pacjentki do prowadzenia dzienniczka, gdzie same mogą określić w jakich sytuacjach dochodzi do napadów, jak radzą sobie ze stresem i dzięki temu są zdolne do zapanowania nad objawami bulimii. Kolejnym elementem w terapii jest zmiana nawyków żywieniowych, czyli pomoc w spożywaniu posiłków, unikając lęku oraz zwiększenie motywacji do leczenia [6].

W farmakoterapii BP wybiera się wybraną klasę leków przeciwdepresyjnych, które wykazują serotonergiczny mechanizm działania (SSRI – *Selective Serotonin Re- Uptake Inhibitors*) [8, 25], np. Fluoksetyna [6,20]. Leki te powodują obniżenie częstotliwości napadów objadania się, a także poprawę nastroju [26].

Terapia rodzinna może być pomocna w leczeniu bulimii, jednak dylemat stanowi chęć rodziny do systematycznego uczestniczenia w zajęciach oraz sam fakt dostrzegania problemu i chęć pomocy. Jak powszechnie wiadomo rodzina wywiera ogromny wpływ na ukształtowanie młodego człowieka, dlatego też udział rodziny w terapii jest niezwykle ważny. Istota oddziaływania terapeutycznego z udziałem rodziny polega na zmianie destrukcyjnych i dysfunkcyjnych wzorów zachowań i relacji. Innym wymiarem terapii rodzinnej jest wsparcie osoby chorej. Kolejną wybieraną formą terapii są spotkania w grupach zawiązanych przez same chore, są to tzw. grupy samopomocy lub wsparcia [26]. Osoby te spotykają się w zespołach, by dzielić się swoimi doświadczeniami, problemami. Podczas takich spotkań kobiety opowiadają nawzajem o radzeniu sobie z chorobą. W porównaniu do grupy terapeutycznej, odróżnia ją fakt, iż jest pozbawiona formalnych elementów m.in. terapeuty [9].

Najczęściej wybieraną i najskuteczniejszą formą terapii osób z BP jest terapia indywidualna. Za przyczynę takiego stanu rzeczy wskazuje się podmiotowe podejście do osoby chorej. Wyłącznie skupienie się na przyczynach choroby, jej przebiegu i sposobach leczenia w odniesieniu do konkretnej pacjentki, wpływa pozytywnie na osoby chore. Nie są z nikim porównywane, czas poświęcony na terapię nie jest rozdzielany pomiędzy kilka osób [27].

Poza oczywistą rolą osoby chorej w procesie leczenia bulimii, osobą, która jest obecna na każdym etapie terapii jest pielęgniarka. Jej rola jest bardzo ważna, ponieważ jako pierwsza może zauważyć niepokojące objawy. Pielęgniarka w momencie hospitalizacji, spędza z pacjentką najwięcej czasu, prowadzi długotrwałą obserwację. W początkowej fazie rola pielęgniarki polega na edukacji, to znaczy im więcej konkretnych informacji dostarczy rodzinie i chorej, tym chora zda sobie sprawę z odpowiedzialności za swoją chorobę i przebieg jej leczenia. W warunkach szpitalnych pielęgniarka monitoruje stan fizyczny chorej, a więc masę ciała, przy czym powinna uważać, czy pacjentka nie wypła dużo płynów przed badaniem, czy nie posiada ciężkich przedmiotów w kieszeniach. Ponadto kontroluje dietę pacjentki, ilość spożywanych posiłków, liczbę wypróżnień, a nawet towarzyszy pacjentce podczas wizyt w toalecie [28]. Podczas przebywania pacjentki na oddziale szpitalnym, pielęgniarka dzięki stałej obserwacji jest w stanie zainterweniować, poza tym ułatwia chorej radzenie sobie z emocjami [22].

W pierwszych etapach leczenia najważniejsze jest zmniejszenie lęku u pacjentki oraz zadbanie o poprawę stanu fizycznego pacjentki. Jednak o wyleczeniu pacjentki decyduje wyrównanie masy ciała, która powinna mieścić się w granicach 85-95% normy, oraz powrót cyklu menstruacyjnego [24].

Rokowanie w bulimii jest trudne do określenia. Należy zwrócić uwagę na wiek, w którym pacjentka zachorowała i okres w którym trafiła na leczenie. Często zdarza się, że mija około 4 lat od momentu wystąpienia zaburzenia do momentu, kiedy kobieta trafia na terapię [4]. W związku z napadami wymiotów istnieje ryzyko śmiertelności, które wynika z zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej. Po kilku latach terapii możliwe jest uniknięcie epizodów objadania się [29] i wymiotów, zdarza się jednak nawrót choroby, którego przyczyna zwykle związana jest z odstawieniem leków. Znaczenia nabierają objawy depresji i lęku, które mogą prowadzić m. in. do prób samobójczych [1,8,19].

Celem pracy było określenie problemów pielęgnacyjnych, występujących u pacjentki z rozpoznaną bulimią i opracowanie indywidualnego planu postępowania pielęgniarstwa.

Material i metody

Badaniem objęto pacjentkę M. M. z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, zespołu abstynencyjnego i bulimii. Pacjentka rozpoczęła hospitalizację 15.05.2015r. na Oddziale Ogólnopsychiatrycznym dla Chorych Somatycznie, Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy.

W badaniu posłużono się metodą indywidualnego przypadku, tworząc proces pielęgnowania pacjentki chorej na bulimię. Materiał do pracy zebrano za pomocą wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej oraz w oparciu o pomiary.

Opis przypadku

M. M. – zamężna kobieta, urodzona 17.05.1980r., została przyjęta na Oddział Ogólnopsychiatryczny dla Chorych Somatycznie dnia 15.05.2015r., po przeniesieniu z oddziału Ogólnopsychiatrycznego V, z całodobowym pododdziałem detoksykacyjnym dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Pacjentka trafiła na oddział z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, zespołu abstynencyjnego oraz bulimii. Kobieta jest pod stałą kontrolą lekarza specjalisty endokrynologa z powodu nadczynności tarczycy (przyjmuje Euthyrox) oraz lekarza ginekologa, w celu regulacji cyklu menstruacyjnego. Wywiad rodzinny obciążony, dotyczy nadciśnienia tętniczego ze strony ojca. U chorej stwierdzono również zespół cieśni nadgarstka. W wywiadzie przeprowadzonym dnia 19.05.2015r. stan pacjentki określa się jako średni. Chora mieszka z mężem, nie posiadają dzieci, ma stresującą pracę, warunki mieszkaniowe określa jako dobre. Pacjentka przyznaje, że chorowała przez 10 lat na anoreksję, a kolejne 10 na bulimię, a także nadużywa alkoholu. Kobieta zgłasza ból w klatce piersiowej, ma trudności w złapaniu oddechu, objawy nasilają się w nocy, oddech nieznacznie przyśpieszony i sploty. Tętno prawidłowe, ciśnienie skurczowe poniżej normy, występują zasinione palce (objaw Raynauda). Stan odżywienia pacjentki wskazuje na niedożywienie, kobieta ma niedowagę (BMI – 17,1), łaknienie i pragnienie jest zaburzone, odżywianie doustne, nie występują problemy przy połykaniu, wydalanie zaburzone (2 razy/tydzień), w jamie ustnej występują pleśniawki, jest starte szkliwo zębów, pacjentka ma dietę lekkostrawną. Występuje podrażnienie błony śluzowej jamy ustnej i przełyku, nadżerki żołądka. Podczas pobytu w zakładzie zdarzały się epizody wymiotów. Częste oddawanie moczu, barwa moczu prawidłowa. Występują obrzęki pod powiekami. Pacjentka porusza się samodzielnie, ma prawidłowe napięcie mięśniowe, nie występuje sztywność poranna. Wzrok i słuch prawidłowy, skóra potliwa, blada, sucha, zimna,

występuje owłosienie typu lanugo. Kobieta ma zaburzony sen, śpi krótko. Mowa prawidłowa, równowaga ciała zachowana, pojawia się drżenie rąk. Chora orientuje się co do czasu i miejsca, w którym się znajduje, można nawiązać z nią kontakt. Nastrój jest obniżony, występuje depresja, subiektywne samopoczucie jest złe. U pacjentki występują lęki, np. lęk przed płaceniem kartą za zakupy, lęk przed pracą. Pani M. opisuje, że lęk pojawia się wtedy, gdy jakaś czynność jej nie wyjdzie. Kobieta chce walczyć z bulimią, chętnie zgłosiła się na oddział detoksykacyjny, ponieważ sama wiedziała, że potrzebuje pomocy, a rodzina nie dostrzegła problemu. Stosunek do pobytu w zakładzie jest pozytywny.

Podstawowe parametry życiowe: masa ciała – 49,5kg, wzrost – 170cm, RR – 94/76 mm Hg

HR – 70 uderzeń/minutę, BMI – 18, 34 kg/m², oddech – 22 oddechy /minutę, bez zapachu.

Zlecenia wg karty zleceń: stała kontrola masy ciała – codziennie rano o 9.00), nawodnienie chorej doustne i pozajelitowe na zlecenie lekarza (roztwór soli fizjologicznej), kontrola spożywanych posiłków i wypróżnień

Wykonano badania: badania laboratoryjne, badania toksykologiczne, EKG, EEG

Proces pielęgnowania pacjentki z rozpoznaną bulimią

1. Ryzyko wystąpienia zaburzeń pracy serca z powodu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej w przebiegu bulimii

Celem podjętych działań pielęgniarско-opiekuńczych było zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej oraz zaburzeń pracy serca. Z chorą przeprowadzono rozmowę edukacyjną w zakresie konsekwencji dla zdrowia i funkcjonowania organizmu oraz zaburzeń wodno-elektrolitowych powstających w przebiegu stale prowokowanych wymiotów. U pacjentki kontrolowano 3 razy dziennie podstawowe parametry życiowe, takie jak: tętno, saturacja, ciśnienie tętnicze krwi, oddech oraz zabarwienie powłok skórnych na dystalnych częściach ciała. Prowadzono bilans płynów oraz codziennie kontrolowano masę ciała oraz sprawdzano stan i napięcie skóry. Zachęcano pacjentkę do spożywania wody w ilości min. 3l. dziennie. Stosowano dietę bogatą w sód, potas, magnez i inne pierwiastki. Poproszono rodzinę o dostarczanie pacjentce produktów bogatych w powyższe pierwiastki, np. suszonych owoców: bananów, jabłek, winogron. Unikano pozostawiania chorej samej w toalecie z uwagi na możliwość

provokowania wymiotów. W czasie pobytu chorej w szpitalu, stosowano psychoterapię uzupełnioną konsultacjami dietetycznymi, aby umożliwić chorej przejęcie kontroli nad emocjami oraz powrót do prawidłowych nawyków żywieniowych. Chorą zachęcano do prowadzenia dzienniczka, w którym odnotowywała sytuacje trudne emocjonalnie oraz prowadzące do pojawienia się chęci provokacji wymiotów.

2. Ryzyko wystąpienia zmian o charakterze nowotworowym w żołądku spowodowanych nadużywaniem alkoholu

Celem działań pielęgnacyjno-opiekuńczych było zmniejszenie ryzyka powstania zmian onkologicznych. W konsekwencji nadużywania alkoholu oraz wielokrotnie provokowanych wymiotów, u pacjentki występowały nadżerki w żołądku, przełyku i na tylnej ścianie gardła oraz doszło do przewlekłego nieżytu żołądka. U chorej, na zlecenie lekarza, pobrano krew na badania podstawowe oraz markery nowotworowe. Pacjentkę przygotowano psychicznie i fizycznie do gastrokopii, w czasie której pobrano wycinki do badania histopatologicznego. W rozmowie edukacyjnej przedstawiono pacjentce zagrożenia i konsekwencje nadużywania alkoholu. Chorą zachęcano do podjęcia leczenia w ośrodku terapii uzależnień. Zapewniono również wsparcie profesjonalne specjalisty psychologa. Chorą obserwowano w kierunku pojawienia się dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego: bólu w śródbrzuszu, krwawienia czy wymiotów.

3. Myśli samobójcze spowodowane występowaniem depresji

Celem opieki nad pacjentką była eliminacja myśli samobójczych i zapewnienie chorej bezpieczeństwa. Na zlecenie lekarza, podawano chorej leki przeciwdepresyjne. W czasie pobytu chorej w szpitalu stosowano psychoterapię, która powinna być kontynuowana po wypisaniu chorej do domu. Zachęcono rodzinę do wspólnego z pacjentką udziału w terapii.

4. Trudności w spożywaniu posiłków z powodu bólu przełyku, jamy ustnej i żołądka

Celem opieki nad pacjentką było ułatwienie jej spożywania pokarmów i zmniejszenie dolegliwości. Aby uniknąć dodatkowego działania drażniącego lub uszkadzającego przewód pokarmowy podawano posiłki letnie, w postaci płynnej lub papkowatej, z eliminacją ostrych przypraw i ograniczeniem soli, wyeliminowano potrawy ciężkostrawne. Posiłki podawano często ale w małych ilościach (co 2-3 godziny), zaktywizowano rodzinę do przygotowywania i dostarczania chorej domowych i lubianych przez nią potraw z uwzględnieniem ograniczeń, objaśniono pacjentce konieczność zaniechania wypijania płynów bezpośrednio przed posiłkiem. Dolegliwości w

jamie ustnej zmniejszono poprzez płukanie naparem z szalwi, nanoszeniem preparatów leczniczych na zmiany w jamie ustnej. W czasie dolegliwości bólowych określano natężenie bólu za pomocą skali VAS oraz opisowo jego charakter i lokalizację, omówiono z chorą negatywne skutki wymiotów dla organizmu samopoczucia pacjentki oraz powstawania zmian patologicznych w przewodzie pokarmowym, podawano leki zgodnie ze zleceniem lekarskim.

5. Uszkodzone szkliwo zębów poprzez zarzucanie treści żołądka do jamy ustnej w czasie wymiotów

Celem działań było wzmocnienie szkliwa zębów i ograniczenie uszkodzeń. Chorą poinstruowano w zakresie zasad szczotkowania zębów, konieczności używania szczoteczki z miękkim włosiem oraz stosowania specjalistycznej pasty do zębów np. Elmex. U chorej odbyła się konsultacja stomatologiczna. Zalecono wzmoczoną higienę jamy ustnej polegającą, poza szczotkowaniem zębów, na płukaniu jamy ustnej przed i po każdym posiłku z wykorzystaniem preparatów bez dodatku cukru, alkoholu czy substancji drażniących (np. woda z dodatkiem wody utlenionej). Chorą oraz jej rodzinę wyedukowano w zakresie eliminacji z menu produktów o odczynie kwaśnym, w tym napojów kolorowych gazowanych, takich jak coca cola.

6. Obrzęki zlokalizowane na dolnych powiekach oraz twarzy spowodowane zaburzoną pracą nerek

Celem podjętych działań pielęgniarских było zmniejszenie obrzęków. W tym celu prowadzono bilans płynów, DZM oraz codziennie rano kontrolowano masę ciała. Pobrano również krew na badania diagnostyczne oraz przygotowano pacjentkę do badań diagnostycznych nerek. Dodatkowo zastosowano dietę z ograniczeniem soli, z wyłączeniem pikantnych przypraw i sosów, słonych potraw gotowych i słodkich napojów gazowanych. Zalecono chorej podaż doustną płynów na poziomie 3 litrów na dobę, picie tylko wody niegazowanej. Edukowano pacjentkę w zakresie higieny układu moczowego, celem zapobiegania ZUM (zakażeniom układu moczowego)

7. Prowokowanie wymiotów spowodowane lękiem przed przytyciem

Celem opieki pielęgniarskiej było zapobieganie epizodom wymiotów. Pacjentce wskazano, że jest odpowiedzialna za własne życie i zdrowie oraz, że jej postępowanie wpływa na kondycję rodziny. Zachęcano ją do czynnego i aktywnego uczestnictwa w psychoterapii. Poinformowano pacjentkę o zdrowotnych konsekwencjach prowokowania wymiotów.

Obserwowano sposób zachowania się chorej po posiłkach, w celu zapobiegania prowokowania wymiotów w czasie korzystania z toalety. Kontrolowano stan skóry, jamy ustnej chorej oraz wygląd palców dłoni. Prowadzono codziennie kontrolę masy ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, bilans płynów. Poświęcano chorej wzmożoną uwagę, poświęcano czas na rozmowę, umożliwiając wyrażanie swoich uczuć i niwelację napięcia emocjonalnego. Umożliwiono chorej kontakt z rodziną.

8. Niskie poczucie własnej wartości

Celem podjętych działań było zwiększenie poziomu samooceny. Po przez okazywanie chorej szczególnego zainteresowania, zaufania i akceptacji. W czasie rozmów kierowano jej uwagę na pozytywne cechy charakteru, koncentrowano się na mocnych stronach pacjentki. Motywowano do aktywnego uczestnictwa w psychoterapii oraz terapii zajęciowej.

9. Wzmożona koncentracja uwagi pacjentki na wyglądzie i masie ciała

Celem działań pielęgniarских było odwrócenie uwagi chorej od własnego wizerunku. Poprzez zastosowanie psychoterapii, uwzględniającej kontakty z grupą wsparcia osób chorych na bulimię, zachęcano chorą do rozmowy z innymi pacjentami, okazywano akceptację i zrozumienie dla jej czuć i poglądów. Prowadzono edukację rodziny pacjentki w zakresie jej udziału w powrocie chorej do zdrowia i budowaniu wysokiej samooceny. Zachęcano pacjentkę do wypełniania czasu wolnego poprzez realizację własnych zainteresowań, czytanie książek oraz angażowanie rodziny do poświęcania pacjentce większej uwagi i wsparcia.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji i dokonaniu podstawowych pomiarów, materiał badawczy posłużył do wyłonienia problemów pielęgnacyjnych pacjentki cierpiącej na bulimię, do których można zaliczyć: ryzyko wystąpienia zaburzeń pracy serca spowodowanych bulimią, ryzyko odwodnienia z powodu częstych wymiotów, ryzyko wystąpienia zmian onkologicznych w żołądku spowodowanych nadużywaniem alkoholu, myśli samobójcze spowodowane występowaniem depresji. Zostały również podjęte działania w celu zniwelowania wybranych problemów. W znacznej części było możliwe zmniejszenie nasilenia dolegliwości. Natomiast na niektóre działania należy

jeszcze zwrócić szczególną uwagę, m. in. na brak poczucia własnej wartości, wzmożoną koncentrację uwagi na wyglądzie i wadze ciała, uszkodzone szkliwo zębów poprzez zarzucanie treści żołądka do jamy ustnej.

Pacjentka została wyedukowana w kierunku konsekwencji i niebezpiecznych skutków choroby. Zostały przedstawione jej ulotki z miejscami, gdzie uzyska pomoc. Kobieta została pouczona na temat prawidłowych nawyków żywieniowych. A także nauczona jak radzić sobie z sytuacjami lękowymi. Także przedstawiono chorej metody zmniejszające stres. Rodzina pacjentki została poinformowana o randze problemu i współodpowiedzialności za chorobę. Pacjentka otrzymała wskazówki dotyczące dalszej pielęgnacji.

Bibliografia

1. Opozda K.: Opieka nad pacjentem z zaburzeniami odżywiania [w:] Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Wilczek- Rużyczki E.(red.). Wyd. Czelej, Lublin 2007, 96, 110.
2. Dycht M., Marszałek L.: Mass media i reklama a choroby cywilizacyjne: anoreksja i bulimia. *Seminare*, 2011; 30(2), 147-158.
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, 2008; Tom 1, 234.
4. Mirucka B.: Przeżywanie własnego ciała przez kobiety z bulimią psychiczną. *Roczniki Psychologiczne*, 2006; 9(2), 81-86.
5. Gustek S., Jaworski M.: Znaczenie interwencji żywieniowej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej w bulimii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 2011; 7, 8-13.
6. Rybakowski F.: Zaburzenia jedzenia [w:] Pielęgniarstwo psychiatryczne. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.). Wyd. PZWL, Warszawa 2012; 294-299.
7. Sala P., Simon W.: Nasilenie ogólnych objawów psychopatologicznych, czynników motywacyjnych oraz poczucia koherencji u chorych z rozpoznaniem anoreksji i bulimii psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2011; 20(3), 186.
8. Rabe-Jabłońska J., Pawełczyk T., Żechowski C., Jarema M.: Standardy leczenia zaburzeń odżywiania. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 2007; 3, 139-141.
9. Hartman M.: *Bulimia program terapii*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2005; 26.

10. Malara B., Joško J., Kasperczyk J., Kamecka- Krupa J.: Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(3), 388-392.
11. Winiarska-Mieczan A., Poterucha E.: Zagrożenie anoreksją i bulimią wśród studentek lubelskich uczelni. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(1), 158-163.
12. Pawłowska B.: Zaburzenia odżywiania u kobiet w kontekście zmiennych psychologicznych i społecznych. Wyd. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 2007; 15-31, 344-351.
13. Tomalski R.: Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia. *Psychoterapia*, 2007; 2 (141), 18-20.
14. Mikołajczyk E., Samochowiec J.: Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania. *Psychiatria*, 2004; 1(2), 91-94.
15. Palus K.: Etiopatogeneza i terapia zaburzeń odżywiania się w perspektywie rodzinnej. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 2006; 17, 235-253.
16. Brytek-Matera A., Rybicka-Klimczyk A.: Wizerunek ciała w anoreksji i bulimii psychicznej. Difin, Warszawa 2009; 11-12.
17. Niedźwiecka-Kącik D.: Subiektywne postrzeganie własnego ciała – destrukcyjna potrzeba odchudzania się. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 2008; 55(1), 40-46.
18. Talarczyk M.: Godne życie... a zaburzenia odżywiania się. *Psychoterapia*, 2009; 1(148), 89-94.
19. Bąk-Sosnowska M.: Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2010; 1(2), 97.
20. Janas-Kozik M.: Wybrane zagadnienia z psychiatrii wieku rozwojowego [w:] *Psychiatria: Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Krupki-Matuszczyk I., Matuszczyk M.(red.). Wyd. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007; 101-110.
21. Żechowski C. :Polska wersja Kwestionariusza Zaburzeń Odżywiania (EDI) – adaptacja i normalizacja. *Psychiatria Polska*, 2008; 42(2), 179-193.
22. Brytek A.: Objawy depresji i lęku u pacjentek z zaburzeniami odżywiania się. *Psychoterapia*, 2006; 3(138), 43-53.

23. Franczak-Young A., Jezierska- Kazberuk M.: Niektóre zmiany neuropsychologiczne i somatyczne występujące w bulimii oraz podstawy strategii leczenia somatycznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2011; 2(4), 249.
24. Lask B.: Ogólne zasady leczenia pacjentów z zaburzeniami jedzenia [w:] *Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*. Bomba J., Józefik B. (red.). Wyd. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2003; 23.
25. Stirling J.D., Hellewell J.: *Psychopatologia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 118-119.
26. Talarczyk M.: Psychoterapia indywidualna pacjentek z rozpoznaniem bulimii – autorski model terapii. *Psychoterapia* 2014; 2 (169), 52-54.
27. Pilecki M., Cygankiewicz P.: Specyfika, zasady i dylematy terapii pacjentek z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego na młodzieżowym oddziale psychiatrycznym. *Psychoterapia*, 2008; 4(147), 23-27.
28. Fiksat M.: Żywnienie zaburzenia odżywiania. *Biuletyn Informacyjny*, 2012; 10, 10-14.
29. Szurowska B.: *Anoreksja i bulimia. Śmiertelne sposoby na życie*. Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2011; 114-118.

Zespół uzależnienia od alkoholu z perspektywy socjomedycznej

Anita Majchrowska¹

¹ – Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie

Alkohol jest szczególnym rodzajem substancji psychoaktywnej. Jest legalnie i powszechnie dostępny co może sugerować, iż jest bezpieczny. Jednocześnie zaś, szkody indywidualne i społeczne będące konsekwencją jego nadużywania przybierają we współczesnych społeczeństwach ogromne rozmiary.

Wzorce i struktura spożycia alkoholu w Polsce

Wzorce spożywania alkoholu różnią się czasoprzestrzennie. Jest on obecny w życiu społeczeństwa – jak piszą Anderson i Baumberg „począwszy od dodatku do rodzinnych posiłków, aż do istotnego elementu rytuałów życiowych”[1]. Zachowania związane z alkoholem mają swoją szczególną symbolikę w różnych kulturach, co wręcz ma niejednokrotnie związek z poczuciem tożsamości danej grupy. Przykładem może być kojarzenie danego społeczeństwa z określonym rodzajem alkoholu (np. Czechy – piwo), bądź też całkowite odcinanie się od niego pewnych grup (kraje muzułmańskie)[1].

Można zaryzykować stwierdzenie, iż picie alkoholu jest czynnością o wysoce symbolicznym znaczeniu. Zarówno rodzaj spożywanego alkoholu, okoliczności, miejsce, czy też towarzystwo innych osób pijących, mają konkretne znaczenie i są w określony sposób postrzegane i interpretowane. Alkohol bywa spożywany do codziennych posiłków, ale nadaje też odświętny charakter ważnym wydarzeniom z życia jednostek i grup społecznych. Urodziny, ślub, narodziny dziecka i wiele innych ważnych okazji życiowych celebrowanych jest z udziałem alkoholu. Alkohol ma też wymiar relacyjny, jego spożywanie jest rodzajem aktywności społecznej, jest „środkiem wymiany” w relacjach interpersonalnych. Sprzyja nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów społecznych (wyjście „na drinka”, wspólna kolacja z alkoholem) zarówno w sferze prywatnej jak i służbowej[2].

Cierpiałkowska i Ziarko podają za Lindenmeyerem, iż we współczesnym świecie można zidentyfikować trzy kultury picia alkoholu. Są to[3]:

1. Kultury abstynenckie, w których używanie alkoholu w jakiegokolwiek postaci jest zabronione i nielegalne, a złamanie tej normy pociąga za sobą dotkliwe sankcje (np. kara więzienia, grzywny). Do kultur tych należą kraje z dominującą religią zabraniającą spożywania alkohol, np. islam.
2. Kultury dopuszczające picie alkoholu zgodnie z określonymi regułami. Spożywanie alkoholu jest w tych kulturach legalne, powszechne i akceptowane społecznie, zwłaszcza gdy mieści się we wskazanych normach. Do kultur tych należą kraje basenu morza śródziemnego (m.in. Włochy, Grecja, Hiszpania), w których zdecydowana większość spożywa niskoprocentowe alkohole (głównie wino) codziennie do posiłków. Niemniej jednak istnieją jasne wskazania ile, kiedy i w jakich okolicznościach można wypić.
3. Kultury alkoholowe, w których istnieje obyczaj picia wysokoprocentowych alkoholi w dużych ilościach i nie ma w zasadzie klarownych norm regulujących poziom i okoliczności spożywania alkoholu. „Upijanie się” nie jest sankcjonowane społecznie w tej kulturze, a badania epidemiologiczne potwierdzają, iż są to kultury sprzyjające uzależnieniu od alkoholu. Zalicza się do nich takie kraje jak: Niemcy, Anglię, Rosję, Francję i niestety Polskę.

W zachodniej literaturze wskazuje się na dychotomiczny podział na dwa typy kultur spożywania alkoholu [4,5,6]:

1. Mokre (*wet cultures*) – są to kultury, w których alkohol jest zintegrowany z codziennym życiem i aktywnościami społecznymi (towarzyszy posiłkom, spotkaniom towarzyskim). W kulturach tych poziom abstynencji jest niski, alkohol jest łatwo dostępny, a najwyższy wskaźnik spożycia ma wino. Ten typ kultur występuje przede wszystkim w europejskich krajach śródziemnomorskich
2. Suche (*drycultures*) – to kultury, w których konsumpcja alkoholu nie jest zwyczajowym elementem życia codziennego, a dostęp do alkoholu jest bardziej ograniczony. Abstynencja jest powszechniejsza, niemniej jednak, jeśli już spożywa się alkohol, to większe jego ilości, prowadzące nierzadko do przekraczania progu trzeźwości. W kulturach suchych wino jest mniej popularne, natomiast chętniej spożywane są mocne alkohole. Przykładem suchych kultur mogą być kraje skandynawskie, Stany Zjednoczone oraz Kanada

Współczesne badania pokazują, iż homogeniczność kultur w zakresie spożycia alkoholu staje się coraz mniejsza, a wewnątrz wzory jego spożywania różnicują się coraz bardziej. Pojawiają się więc propozycje, żeby w analizach wzorców zwrócić uwagę na przykład na systematyczność picia i wzrost zjawiska „upijania się” [6]. Niemniej jednak typologia mokrych i suchych kultur spożycia alkoholu może mieć wciąż sporą wartość eksplanacyjną.

Polska należy do grupy krajów o wysokim poziomie spożycia alkoholu. Jak wynika z ostatnich danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, w 2014 roku średnie spożycie czystego alkoholu na głowę statystycznego mieszkańca wynosiło ok. 9,4 litra. Oznacza to wprawdzie spadek konsumpcji alkoholu o 0,27 litra w stosunku do 2013 roku i jednocześnie znaczny wzrost w stosunku do roku 2004 (o ponad litr) [7]. Pamiętać również należy, iż są to dane sporządzane na podstawie oficjalnej sprzedaży alkoholu, nie obejmujące rynku nielegalnego i domowej produkcji.

Struktura spożycia alkoholu w Polsce nie zmienia się istotnie od lat. Najczęściej spożywanym napojem alkoholowym jest piwo, stanowiące w 2014 roku 57,9% wypitego przez Polaków alkoholu. Niepokojący jest fakt, iż wciąż duży udział w strukturze spożycia mają wyroby spirytusowe, stanowiące ponad 1/3 ogólnego spożycia alkoholu w Polsce (34,1%). Niewielki udział natomiast ma wino oraz miody pitne – jedynie 8% [7]. Z danych GUS wynika, iż w 2014 roku statystyczny mieszkaniec Polski wypił 3,2 litra alkoholu typu wódka (w przeliczeniu na 100% alkohol), jedynie 6,3 litra wina lub miódów pitnych i aż 98,9 litra piwa [8].

Odsetek abstynentów jest niestety niższy niż średnia europejska. Z badań TNS OBOP wynika, iż jedynie 16% dorosłych Polaków deklaruje abstynencję, w sytuacji, kiedy w skali Europy deklaruje tak co czwarta osoba. Prawie dwukrotnie częściej abstynencję deklarują kobiety – 20% w stosunku do 11% mężczyzn. Z badań tych wynika również, iż częściej piją alkohol osoby lepiej wykształcone oraz mieszkańcy dużych miast. Polacy najczęściej piją alkohol w towarzystwie znajomych (50%), ale też w towarzystwie partnera/partnerki oraz innych członków rodziny. Samotne spożywanie alkoholu znacznie częściej deklarują mężczyźni: 31% mężczyzn w stosunku do 7% kobiet [9]. Płeć jest zmienną najbardziej różnicującą poziom spożycia, bowiem jak wynika z badań Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, mężczyźni piją 4,5 krotnie więcej niż kobiety. Mężczyźni też częściej piją ryzykownie (dla mężczyzny to 10 litrów czystego alkoholu w ciągu roku) – aż 19%, przy czym wśród kobiet odsetek ten wynosi 2,4% (picie

ryzykowne w przypadku kobiet to 7,5 litra wypitego w ciągu roku czystego alkoholu) [10].

Kliniczne modele spożywania alkoholu – czy istnieje picie bezpieczne?

Literatura podaje tzw. „kliniczne modele spożywania alkoholu”, mające istotne znaczenie praktyczne, przydatne do kwalifikacji określonego sposobu picia oraz podejmowania działań profilaktycznych bądź interwencyjnych[11,12,13]:

1. Abstynencja – termin ten używany jest zasadniczo w odniesieniu do osób, które świadomie rezygnują ze spożywania alkoholu (nigdy nie piły alkoholu). W kategoriach badawczych jest on również stosowany w odniesieniu do osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie spożywały alkoholu .
2. Picie ryzykowne – to taki poziom spożycia alkoholu, lub taki wzorzec picia, przy którym prawdopodobne będzie doznanie szkód, jeśli nie zmienią się obecne nawyki picia. To picie nadmiernych ilości alkoholu zarówno jednorazowo, jak i w pewnym okresie czasu. Jak wskazuje WHO, picie ryzykowne jest identyfikowane w przypadku jednorazowego spożywania ponad 20 g alkoholu przez kobiety i 40 g przez mężczyzn.
3. Picie szkodliwe – definiowane jest jako wzorzec picia prowadzący do szkód zdrowotnych (np. marskość wątroby), psychicznych (np. depresja) jak też społecznych (np. zaburzenia funkcjonowania w rolach społecznych). Jest ono rozpoznawane w przypadku jednorazowego wypijania co najmniej 60 g alkoholu. Takie okazjonalne „upijanie się” generować może różne kategorie szkód, nie stwierdza się tu jednak objawów uzależnienia [11]. Aby rozpoznać picie szkodliwe, taki wzór picia powinien utrzymywać się co najmniej 12 miesięcy.
4. Uzależnienie od alkoholu – jest następstwem długotrwałego, szkodliwego spożywania alkoholu. Jak wskazują specjaliści, o uzależnieniu świadczy występowanie jednocześnie co najmniej trzech lub więcej symptomów związanych z pićem w okresie ostatniego roku:
 - silnie pragnienie lub odczuwanie przymusu wypicia alkoholu,
 - ograniczona zdolność kontroli picia (ilości, częstotliwości),
 - fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego,
 - zmiany w tolerancji alkoholu (najczęściej wzrost tolerancji organizmu na alkohol),

- zaniebywanie innych obszarów funkcjonowania społecznego połączone z poświęcaniem coraz większej ilości czasu na czynności związane z piciem,
- uporczywe picie alkoholu pomimo doświadczania szkodliwych następstw tego picia.

Odrębną kategorią jest tzw. picie bezpieczne. Literalnie można stwierdzić, iż jest to taki wzór spożywania alkoholu, który nie pociąga za sobą zagrożenia występowaniem jakichkolwiek szkód u pijącego. Jednoznaczne jednak stwierdzenie, jaka ilość wypitego alkoholu będzie „bezpieczna” nastrocza ogromne trudności. Zależy to bowiem od okoliczności, konkretnej sytuacji, ale też cech osoby spożywającej alkohol. Choć – jak zauważa Woronowicz – z medycznego i psychologicznego punktu widzenia uznać można, że każda ilość alkoholu jest szkodliwa dla zdrowia, to w różnych sytuacjach szkody te mogą być trudniejsze do uchwycenia. O ile wiemy że każda, nawet najmniejsza ilość alkoholu jest szkodliwa dla kobiet w ciąży, młodych ludzi czy też osób chorych na określone choroby czy zażywających pewne kategorie leków, o tyle w przypadku dorosłego, zdrowego człowieka trudniej jest oszacować potencjalne szkody [14]. Już od dziewiętnastego wieku podejmowane były próby określenia „bezpiecznej dla zdrowia” dawki alkoholu. Począwszy od propozycji E. Kraepelina, niemieckiego psychiatry, który twierdził, iż dopiero więcej niż 20 g czystego alkoholu zakłóca funkcjonowanie organizmu, poprzez propozycję Ledermanna, który sugerował, żeby za alkoholika uznać osobę, która wypija dziennie ok. 20-30 cl czystego alkoholu (czyli ok. 0,5 litra wódki), skończywszy na propozycjach współczesnych badaczy, którzy uznają, że stosunkowo bezpieczna dla organizmu jest dawka dla mężczyzn ok. 3-4 porcje alkoholu dziennie, a dla kobiet ok. 2 porcje [14]. Warto wspomnieć, iż wedle norm obowiązujących obecnie w Polsce oraz Europie, standardowa porcja alkoholu to 10 g czystego alkoholu, który znajduje się w: 30 ml wódki o mocy 40%, 100 ml wina o mocy 12% oraz 250 ml piwa o mocy 5%. Ilościowe określenie granic tzw. „bezpiecznego” picia alkoholu jest dość ryzykowne i nie znajduje obecnie szerszego poparcia wśród specjalistów. Każdy organizm reaguje bowiem inaczej na alkohol, a takie czynniki jak m.in. płeć, waga, wiek czy też współistniejące choroby, mogą istotnie modyfikować jego oddziaływanie. Jak dotychczas nauka nie określiła dawki całkowicie bezpiecznej, tj. takiej, która gwarantowałaby całkowity brak negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu dla zdrowia [13]. Wydaje się więc, że należy zgodzić się ze stwierdzeniem B. Woronowicza, iż „jedynie zupełni abstynenci nie ryzykują w tej sprawie niczym” [14].

Uzależnienie od alkoholu – charakterystyka zjawiska

Naukowe badania nad alkoholizmem, czy też szerzej – nad zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, zaczęto prowadzić w połowie dwudziestego wieku. Istotna dla tych analiz była koncepcja Jellinka, który zdefiniował alkoholizm jako pociąg do alkoholu, który doprowadził do wyraźnych zaburzeń zarówno psychicznych jak i somatycznych, zmienił więzi z grupą i wyrządził szkody materialne lub/i społeczne pijącym [3]. Jellinek przyczynił się do rozpowszechnienia przekonania, iż alkoholizm jest chorobą taką jak nowotwory, gruźlica czy cukrzyca, a z aspektami chorobowymi łączył fakt występowania utraty kontroli nad piciem, rozwijanie się i pogłębianie objawów chorobowych oraz to, że gdy pijący pozostanie bez leczenia, to jego choroba może zakończyć się przedwczesną śmiercią [15]. Charakterystyczne dla picia nałogowego są symptomy polegające na utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, co jest konsekwencją długotrwałego procesu nadmiernego picia, nakładającego się na psychologiczne lub/i społeczne problemy pijącego. Zdaniem Jellinka jest to warunek konieczny, a jednocześnie wystarczający do postawienia diagnozy nałogowego alkoholizmu, który, jako że jest chorobą wymaga wszechstronnego leczenia [3]. Klasyczna na dzień dzisiejszy koncepcja rodzajów alkoholizmu jego autorstwem w dalszym ciągu istotny walor poznawczy. Frąckowiak i Motyka dokonując przeglądu koncepcji alkoholizmu, wskazują na opracowane przez Jellinka jego typy: Alfa, Beta, Gamma, Delta oraz Ypsilon.

Alkoholizm typu Alfa to uzależnienie oparte na czynnikach psychologicznych, charakterystyczne dla osób o niskim poziomie odporności na napięcia i stres. Osoby z tym typem uzależnienia sięgają po alkohol jako antidotum na trudne sytuacje życiowe i problemy, z którymi sobie nie radzą. Używają alkoholu po to, by dodać sobie odwagi, „uciec” od rzeczywistości, uśmierzyć ból psychiczny lub fizyczny [15]. W alkoholizmie typu Beta czynnikiem charakterystycznym jest utrata kontroli nad spożywaniem alkoholu, która finalnie prowadzi do problemów o charakterze somatycznym, np. niedożywienia, marskości wątroby czy też uszkodzenia przewodu pokarmowego. Alkoholizm typu Gamma, jest już chronicznym i progresywnym rodzajem choroby i został uznany przez Jellinka za najbardziej typowy rodzaj zaburzenia [15]. Od fazy uzależnienia psychicznego prowadzi do zależności fizjologicznej. Następuje powolna utrata kontroli nad ilością, częstością oraz jakością wypijanego alkoholu, wzrost tolerancji na alkohol, przy czym przy jego odstawieniu obserwuje się silne objawy abstynencyjne. W późniejszej fazie choroby objawy te nasilają się, a tolerancja na alkohol spada. Inny rodzaj to alkoholizm typu Delta. Dotyczy on osób, które choć kontrolują swoje picie, nie potrafią się od niego powstrzymać. Pojawia się on głównie w tych środowiskach

czy też krajach, w których ludzie piją codziennie niewielkie ilości alkoholu. Szczególny rodzaj alkoholizmu to typ nazywany przez Jellinka Epsilon. Dotyczy on osób, którym zdarza się wypijać duże ilości alkoholu, jednak ma to miejsce niesystematycznie i niezbyt często. Jest to forma upijania się okresowego osoby, która potrafi powstrzymać się od picia przez długi czas (nawet rok). W pewnym momencie zaczyna jednak pić bardzo intensywnie. Występuje tu picie dipsomaniczne, okresowe, któremu mogą towarzyszyć ciężkie szkody psychiczne [16,17].

Uznanie uzależnienia od alkoholu za chorobę pociąga za sobą konieczność doprecyzowania kryteriów diagnostycznych, pozwalających na jednoznaczne stwierdzenie jej występowania. W Polsce stosuje się kryteria zawarte w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Zespół uzależnienia jest tam scharakteryzowany jako objawy behawioralne, poznawcze i fizjologiczne, które rozwijają się po wielokrotnym użyciu danej substancji i które zazwyczaj obejmują silną potrzebę przyjmowania środka, trudności z kontrolowaniem jego używania, uporczywe używanie pomimo szkodliwych następstw, przedkładanie przyjmowania środków ponad inne zajęcia i zobowiązania, zwiększoną tolerancję, a czasem występowanie objawów fizycznych zespołu abstynencyjnego. Zespół uzależnienia może dotyczyć pojedynczej substancji psychoaktywnej (np. tytoniu, alkoholu lub diazepam), określonej klasy substancji (np. opioidów) bądź wielu różnych środków wykazujących odmienne właściwości farmakologiczne [18]. Warto zwrócić uwagę, iż w najnowszej wersji Amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (DSM-5) w kategorii diagnostycznej „zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu”, uzależnienie od alkoholu oraz nadużywanie alkoholu potraktowane zostały jako ten sam rodzaj zaburzeń, choć w poprzedniej wersji ujęte były jako odrębne kategorie. Uzależnienie od alkoholu jest tam definiowane jako: zbiór behawioralnych i somatycznych objawów występujących u osób spożywających duże ilości alkoholu, obejmujących alkoholowy zespół odstawienia, tolerancję i głód alkoholu [19].

Ze względu na fakt, iż zaburzenia związane z używaniem alkoholu są zjawiskiem wielowymiarowym, do jego stwierdzenia niezbędna jest wielopoziomowa analiza. Dla zdiagnozowania uzależnienia niezbędne jest stwierdzenie co najmniej trzech z sześciu objawów — po dwa z trzech dziedzin:

- psychopatologii: pragnienie przyjmowania substancji lub odczuwanie przymusu jej przyjęcia, upośledzenie (a nawet utrata) możliwości kontrolowania używania substancji;

- patofizjologii: fizjologiczne objawy odstawienne, zmiana tolerancji;
- zachowania: narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności i zwiększająca się ilość czasu poświęconego na zdobywanie substancji, bycie pod jej wpływem oraz dochodzenie do siebie po jej przyjęciu, używanie substancji mimo wiedzy o jej szkodliwości [20].

Według piątej wersji Amerykańskiej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych, o problemowym wzorze picia alkoholu, powodującym klinicznie istotne zaburzenia, można mówić, jeśli zachowanie danej osoby odpowiada co najmniej dwóm kryteriom z wymienionych poniżej i utrzymuje się przez 12 miesięcy. Samochowicz i współautorzy wymieniają za klasyfikacją DSM-5 jedenaście takich kryteriów[19]:

1. częste spożywanie alkoholu w większych ilościach lub przez dłuższy czas, niż zamierzano;
2. uporczywe pragnienie picia alkoholu lub towarzyszące temu nieudane próby ograniczenia lub kontrolowania picia;
3. poświęcanie wiele czasu na aktywności związane ze zdobywaniem alkoholu, piciem i niwelowaniem skutków picia;
4. głód alkoholu lub silne pragnienie lub potrzeba picia;
5. nawracające spożywanie alkoholu powodujące zaniedbanie głównych obowiązków w pracy, w szkole lub w domu;
6. spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów społecznych i interpersonalnych spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu;
7. ograniczanie lub porzucanie z powodu alkoholu ważnych aktywności społecznych, zawodowych lub rekreacyjnych;
8. powracanie do spożywania alkoholu w sytuacjach zagrożenia i fizycznego niebezpieczeństwa;
9. spożywanie alkoholu pomimo ciągłych lub nawracających problemów fizycznych lub psychicznych, prawdopodobnie spowodowanych lub pogłębionych przez działanie alkoholu;
10. ujawnienie się tolerancji na alkohol związane z potrzebą znacznie zwiększonej ilości alkoholu (aż do zatrucia) dla osiągnięcia pożądanego efektu lub z widocznym znacznym zmniejszeniem efektu używania tej samej ilości alkoholu;

11. występowanie zespołu abstynencyjnego, które wiąże się z ujawnieniem się charakterystycznych dla tego zespołu objawów lub z używaniem alkoholu (czy innej zbliżonej substancji, w celu zmniejszenia lub uniknięcia tych objawów.

W Polsce od 1980 roku obowiązuje definicja, która określa zespół uzależnienia od alkoholu jako stan zmian psychicznych i somatycznych spowodowanych uzależnieniem od alkoholu, charakteryzujący się określonymi reakcjami, które obejmują między innymi skłonność do stałego lub okresowego używania alkoholu w celu doznawania jego efektów psychicznych oraz by uniknąć złego samopoczucia wynikającego z braku alkoholu [16]. Kowalewski zauważa, iż pochodzenie uzależnienia od alkoholu nie jest do końca jasne. Cytując Quilgey'a i Marlat, wskazuje na pewne czynniki sprzyjające jego występowaniu, są to [16]:

- czynniki biologiczne – czego potwierdzeniem ma być fakt, iż – jak wskazują wyniki badań epidemiologicznych – problemy z uzależnieniem od alkoholu występują trzy do czterech razy częściej u dzieci alkoholików;
- czynniki psychologiczne – do czynników ryzyka zalicza się takie cechy osobowości jak: impulsywność i upośledzenie kontroli zachowań;
- czynniki społeczne i środowiskowe – normy używania i akceptacji alkoholu oraz wpływy środowiska społecznego, sąsiedzkiego oraz rodziny. Z socjologicznego punktu widzenia ta kategoria czynników wydaje się mieć najistotniejsze znaczenie z dla powstawania i rozwoju uzależnienia od alkoholu.

Polskie problemy alkoholowe

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ponad 80% dorosłych mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej spożywa alkohol. Większość konsumentów alkoholu spożywa go na poziomie niskiego ryzyka szkód, jednak blisko 12% dorosłych Polaków nadużywa alkoholu, tzn. pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione (określane jako pijące szkodliwie) i uzależnione od alkoholu. W populacji Polaków w wieku 18–64 lata, ponad 3 mln osób, można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania wynikające ze spożywania alkoholu. W grupie tej ponad 0,6 mln osób to osoby uzależnione od alkoholu. Problemy alkoholowe dotyczą zdecydowanie częściej mężczyzn (20,4%) niż kobiety (3,5%). Grupa osób najczęściej pijących (powyżej 12 litrów 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 7,3% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46,1% całego wypijanego alkoholu. Grupa

osób mało pijących (do 1,2 litra 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 46,9% konsumentów alkoholu, wypija tylko 4,9% całości spożywanego alkoholu [21].

Szkody związane z nadużywaniem alkoholu są trudne do oszacowania, nie sposób bowiem zliczyć i zmierzyć ludzkich cierpień i tragedii spowodowanych alkoholem. Niemniej jednak europejscy eksperci spróbowali oszacować ekonomiczne straty związane z nadużywaniem alkoholu. W ich opinii, koszty społeczne i ekonomiczne uzależnienia od alkoholu w Europie mogą sięgać ok. 1,3% PKB (0,9% do 2,4%) [1]. Warto chociażby wspomnieć, iż w Polsce, wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie chorób bezpośrednio związanych z alkoholem (leczenia odwykowego, hospitalizacji z powodu chorób wątroby i mózgu oraz intoksykacji alkoholem etylowym) sięgają rocznie ponad 400 milionów złotych [22]. Na czoło problemów związanych z nadużywaniem alkoholu wysuwa się bowiem degradacja zdrowotna osób pijących alkohol, zarówno uzależnionych – ich liczbę ocenia się na ok. 800 tys. osób, jak i nadmiernie pijących – ok. 2-2,5 mln. osób. W 2010 roku z powodu następstw klinicznych picia alkoholu zmarło co najmniej 10 120 osób [23].

Drugi rodzaj kosztów to szkody występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym. Występują one u ok. 3 mln. osób (dorosłych i dzieci) i obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem, wśród których wymienić należy współuzależnienie, demoralizację oraz ubóstwo. Największe szkody ponoszą dzieci wychowujące się w rodzinie alkoholika, bowiem zaburzone zostają procesy socjalizacyjne, co prowadzi między innymi do nieprzystosowania społecznego, zaburzeń emocjonalnych: niestabilność emocjonalna, obniżona samoocena, potrzeba zewnętrznej kontroli oraz problemów ze zdrowiem fizycznym. Warte zaznaczenia są również naruszenia prawa i porządku przez osoby nietrzeźwe. Trzeba bowiem pamiętać, iż alkohol jest czynnikiem wpływającym na wzrost popełnianych przestępstw, a także przyczynia się do eskalacji przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym oraz miejscach publicznych [24]. Nie należy też zapominać ofiarach i sprawcach wypadków drogowych będących pod działaniem alkoholu. Faktem jest jednak, iż daje się zaobserwować duży spadek tego typu zdarzeń. W 2015 roku było 3128 wypadków z udziałem użytkowników dróg będących pod działaniem alkoholu, natomiast w roku 2006 aż 6798 [25]. Dodając do tego zgony spowodowane śmiertelnymi zatruciami alkoholem oraz samobójstwami pod wpływem alkoholu uzyskamy listę jedynie najważniejszych szkód jakie ponosi polskie społeczeństwo w wyniku nieodpowiedzialnego spożywania alkoholu. Jak wyliczyli eksperci, w tzw. rachunku zysków i strat koszty społeczne i ekonomiczne nadużywania i uzależnienia od alkoholu

przewyższają kilkakrotnie dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych w Polsce [23].

Alkoholizm –choroba czy dewiacja w odbiorze społecznym?

Uznanie uzależnienia od alkoholu za chorobę było końcowym etapem procesu jego medykalizacji, trwającego od co najmniej kilkudziesięciu lat. Medykalizacja w języku socjologicznym oznacza zakwalifikowanie określonego zjawiska do kategorii problemów medycznych ze wszystkimi tego konsekwencjami. Narzuca specyficzny sposób traktowania określonego problemu w kategoriach medycznych, opisuje go za pomocą medycznego języka, wykorzystuje medyczne schematy do jego zrozumienia i wyjaśnienia oraz podsuwa czysto medyczne sposoby rozwiązania (z farmakoterapią włącznie) [26]. Przekształcenie alkoholizmu zachowania dewiacyjnego w jednostkę chorobową zmienia zarówno postawy wobec alkoholika jak i przede wszystkim działania podejmowane na jego rzecz. Jak zauważa W. Osiatyński, jeszcze kilkadziesiąt lat temu dominował moralizatorski i punitwny stosunek do alkoholizmu. Traktowany był on jak wada moralna, a alkoholik jak „grzesznik, osoba bez szacunku i nadziei”[27]. Wiązało się to z silnym naznaczeniem społecznym, automarginalizacją, a finalnie groziło osobom nadużywającym alkoholu powolnym wchodzeniem w rolę dewianta.

Kliniczne ujęcie alkoholizmu jako choroby otworzyło możliwość stosowania medycznych terapii, ale też zmieniło perspektywę w ocenie tego zjawiska. Alkoholizm, będąc społecznie zdefiniowanym jako dewiacyjne zachowaniem, mógł być poddawany medycznej interwencji, traktowany w kategoriach choroby i regulowany w imię zdrowia za pomocą środków medycznych. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że kiedy medycyna sprawuje kontrolę nad społecznymi problemami – przyjmuje jednocześnie perspektywę jednostkową (leczenie indywidualnych osób). Takie ujęcie zaciemnia pewne problemy, które być może powinny być analizowane z perspektywy grupowej (rodziny/społeczeństwa). W tej sytuacji „wymykają” się analizie przyczyny zjawisk, a tym samym możliwości ich modyfikacji. Kiedy alkoholizm etykietowany jest jako symptom choroby – poddaje się go leczeniu, natomiast nie dochodzi do przyczyn jego powstania (ubóstwo, nierówności społeczne) [28]. Nieefektywne jest analizowanie problemów związanych ze spożyciem alkoholu w oderwaniu od kontekstu społecznego i kulturowego. Faktem jest, iż jest to choroba wymagająca leczenia, ale bez diagnozy środowiskowej i analizy społecznych uwarunkowań – jednostkowa terapia nie

rozwiąże problemu [29].

Według Klingemann model medyczny wydawał się bardziej humanitarny od modelu moralnego imiał być alternatywą dla tradycyjnej koncepcji kościoła (alkoholizm = grzech), jednocześnie wskazywał też na nieadekwatność sankcji karnych wobec osób uzależnionych [30]. Jak się jednak okazało zamiast wyprzeć model moralny, jedynie uzupełnił go o dodatkowe elementy takie jak: chroniczność uzależnienia, przymusowość leczenia oraz etykietę osoby „psychicznie chorej”. Ostatecznie obie te koncepcje zintegrowały się w model „moralno-medyczny”, który implikuje traktowanie alkoholizmu w kategoriach choroby, jednak nie zwalnia osób uzależnionych z odpowiedzialności za swój stan [30].

Jak wskazują badania, naznaczenie będące konsekwencją uznania określonego zachowania za dewiacyjne, tj. niezgodne z normami obowiązującymi w danym środowisku jest udziałem osób uzależnionych od alkoholu. Pomimo uznania alkoholizmu za chorobę, jest on oceniany w kategoriach daleko posuniętych szkód społecznych będących konsekwencją jego występowania. Siła naznaczenia jest uzależniona od kulturowo warunkowanych postaw wobec alkoholu i jego spożywania. W kulturach „alkoholowych” normy związane z piciem alkoholu są bardziej liberalne, co może oznaczać mniejsze ryzyko uznania danego wzorca picia za „dewiacyjny” i poddawania społecznemu etykietowaniu. Zgodnie z teorią naznaczenia, kiedy otoczenie społeczne uznaje jakieś zachowanie za dewiacyjne (a takim niewątpliwie jest w Polsce uzależnienie od alkoholu), wówczas etykietuje osoby podejmujące to zachowanie (alkoholik). Osoby nadużywające alkoholu spotykają się z brakiem społecznej akceptacji, marginalizacją i ostracyzmem [31]. Antycypując reakcję środowiska w związku z podejmowanym przez siebie zachowaniem (doświadczeniem choroby alkoholowej) próbują radzić sobie z naznaczeniem, np. utrzymując swój problem w tajemnicy [30] lub też – spotykając się z różnymi formami stygmatyzacji – finalnie podejmują rolę dewianta wyznaczaną im przez otoczenie społeczne. Badania prowadzone przez Wieczorka wskazują jednoznacznie, iż osoby uzależnione od alkoholu są poddawane różnym formom stygmatyzacji. Nie samo picie jednak jest naznaczane, a jego konsekwencje społeczne i zmiany w zachowaniach będące efektem nadużywania alkoholu. Według badanych czynnikiem dodatkowo stygmatyzującym jest fakt podjęcia leczenia odwykowego, dlatego też decyzja o leczeniu jest podejmowana w ostateczności. Niepokojący jest fakt, iż jak wynika z wypowiedzi osób uzależnionych, pomimo podjęcia leczenia, abstynencji i prób zmiany stylu życia etykieta alkoholika pozostaje na długo i trudno się jej pozbyć [31].

Dodatkowo, jak stwierdza Wieczorek, „stygmatyzacja osób uzależnionych sprawia, że pracownicy placówek leczenia uzależnień oraz sam sektor również są piętnowani[31]. Negatywne postrzeganie alkoholików powoduje, że pracownicy są gorzej traktowani w strukturach zakładu opieki zdrowotnej, w którym pracują, a praca w poradni odwykowej traktowana jest przez otoczenie jako zatrudnienie w instytucji gorszej kategorii. Według badanych poradnie odwykowe są na dole hierarchii instytucji medycznych. Przejawami stygmatyzacji, ich zdaniem, są zaniedbania w infrastrukturze i wyglądzie poradni oraz bagatelizowanie spraw sektora uzależnień” [30].

Nowe oblicza alkoholizmu

Alkoholik wysoko funkcjonujący to termin, który od niedawna pojawia się w literaturze dotyczącej problemów alkoholowych. Angielski termin *high-functioning alcoholic* (HFA) odnoszony jest do tej kategorii osób, u których daje się zaobserwować zaburzenia w spożywaniu alkoholu, nie spełniają oni jednak kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych, pozwalających uznać ich za alkoholikami. Podstawowa różnica związana jest z faktem, iż pomimo zaburzeń związanych z ilością bądź wzorami spożywania alkoholu, zachowują oni zdolność kierowania swoim życiem: pracują, prowadzą firmy, wychowują dzieci, nie wchodzą w konflikt z prawem. Nie pasują również do stereotypowego wizerunku alkoholika: biednego, zaniedbanego, stojącego z piwem pod sklepem. Alkoholicy wysoko funkcjonujący są często bardzo dobrze wykształceni, piastują wysokie stanowiska, zajmując wysokie pozycje w strukturze społecznej. Jak pisze S.A. Benton, cytując słowa Willenbring: „to dobrzy studenci, dobrzy rodzice, dobrzy pracownicy. Dbają o wagę. Chodzą do siłowni. A potem wracają do domu i wypijają cztery martini albo dwie butelki wina. Czy są alkoholikami? Bez wątplenia” [32]. Niemniej jednak pozór zwyczajnego życia i kontroli nad nim powoduje, iż alkoholicy tego typu wymykają się standardowej diagnostyce, co z utrudnia bądź uniemożliwia udzielenie im pomocy, a dodatkowo przyczynia się do braku rzetelnych danych odnoszących się do tej kategorii osób. Zdaniem Benton, HFA nie muszą (choć mogą) być fizycznie uzależnieni od alkoholu, co oznacza, iż nie muszą też mieć fizycznych objawów zespołu odstawienia. Niewątpliwie są jednak uzależnieni psychicznie, mając „potrzebę” spożywania alkoholu w określonych okolicznościach (np. wieczorem po powrocie z pracy) [32].

Alkoholicy wysoko funkcjonujący stosują typowy dla wszystkich osób uzależnionych od

alkoholu mechanizm wyparcia, niemniej jednak szczegółowe racjonalizacje przez nich stosowane są dość charakterystyczne: nie pasują do stereotypu alkoholika, panują nad swoim życiem, odnoszą sukcesy, alkohol traktują jako nagrodę (np. za ciężką pracę), piją drogie trunki w dobrym towarzystwie [32]. Osoby z najbliższego otoczenia, a nawet terapeuci mają trudności ze zidentyfikowaniem uzależnienia u HFA, bowiem nie zaniedbują oni pracy (nauki), są w niej szanowani, utrzymują relacje towarzyskie, rodzinne, są zadbani i zdolni do życia w społeczeństwie. Nie zmienia to jednak faktu, iż doświadczają niepoahamowanego głodu alkoholu, mają podniesiony poziom tolerancji na alkohol i choć zaczynają doświadczać szkód emocjonalnych, a ich modele spożywania alkoholu są bardzo zróżnicowane – zawsze znajdują dowolny powód do picia [32]. Na leczenie zgłaszają się bardzo się późno, stosowanie mechanizmu wyparcia (systemu „iluzji i zaprzeczeń”) powoduje, iż nie widzą u siebie problemu, jeśli nawet – uważają, że mają nad nim kontrolę. Czynnikiem, który istotnie może wpływać na niechęć do podjęcia leczenia jest obawa przed naznaczeniem i społecznym ostracyzmem. Bodźcem natomiast do podjęcia leczenia są rosnące koszty emocjonalne i społeczne związane ze spożywaniem alkoholu, bądź dramatyczne wydarzenia będące tego konsekwencją, np. wypadek samochodowy, napaść, utrata pracy, konflikt z prawem, itp.

Z badań opublikowanych przez Narodowy Instytut ds. Alkoholizmu i Nadużywania Alkoholu przy Departamencie Zdrowia USA wynika, iż 30% alkoholików w Stanach Zjednoczonych stanowią młodzi dorośli, a 20% to osoby dobrze radzące sobie, wykształcone i z wysokimi dochodami [32]. Trudno jest znaleźć dane statystyczne, na podstawie których można byłoby oszacować odsetek wysoko funkcjonujących alkoholików w polskim społeczeństwie, jednak osoby pracujące w ośrodkach terapii uzależnień coraz częściej przyznają, iż są to właśnie osoby o wysokim statusie społecznym. Terapeuci niechętnie dzielą swoich pacjentów i raczej nie stosują nazwy „wysoko funkcjonujące osoby uzależnione” choć są świadomi tego, że określona podgrupa pacjentów wymaga specjalnego podejścia terapeutycznego. Jak zauważają podziały mogłyby zostać przez pacjentów wykorzystane do tworzenia barier pomiędzy sobą, a podczas terapii ogromnie ważna jest praca grupowa [33].

Zespół uzależnienia od alkoholu wśród kobiet

Z badań nad spożyciem alkoholu wynika jednoznacznie, iż znacznie częściej i w większych

ilościach piją go mężczyźni [34]. Są oni również 2,5 do 3 razy częściej leczeni z powodu uzależnienia od alkoholu. Jak twierdzi Woronowicz, w populacji polskiej stosunek uzależnionych kobiet do uzależnionych mężczyzn waha się w granicach od 1:5 do nawet 1:7 [14]. Na przestrzeni ostatnich dekad dają się jednak zaobserwować istotne zmiany w kobiecych wzorcach spożywania alkoholu, które upodobniają się do wzorów męskich. Jest to niewątpliwie konsekwencją przemian społecznych i kulturowych oraz postępującego procesu emancypacji i równouprawnienia kobiet. Jak wynika z zachodnich badań, obecnie kobiety deklarują spożycie jednorazowo większej ilości alkoholu, ale też większą częstotliwość jego spożywania, przy czym szczególnie dotyczy to młodszych kobiet [35-37].

Jak zauważa Opora, pomimo iż przyjęło się, że dziewczęta sięgają po alkohol później od chłopców, to jednak badania pokazują, iż między 12 a 17 rokiem życia chłopcy i dziewczęta sięgają po alkohol z tąsamą częstotliwością. W Polsce szacuje się, że ponad 60% chłopców i blisko 50% dziewcząt rozpoczyna picie od piwa w wieku 13 lat lub wcześniej, a pierwszy kontakt z wódką ma w tym wieku ponad jedna trzecia chłopców i prawie 20% dziewcząt [38]. Wraz z wiekiem, różnice we wzorcach spożywania alkoholu pomiędzy kobietami a mężczyznami pogłębiają się. Na podstawie badań CBO stwierdzić można, iż częstość picia alkoholu zależy istotnie od płci ankietowanych. Przynajmniej raz w tygodniu alkohol pije ponad trzy piąte mężczyzn (62%) i jedynie co piąta kobieta (20%). Mężczyźni też wydają na alkohol przeciętnie niemal dwukrotnie więcej niż kobiety. Przynajmniej raz w roku upijają się prawie co drugi pijący alkohol mężczyzna (48%) i tylko 12% kobiet [34]. Tak znaczna różnica w deklaracjach może wynikać z faktycznych różnicowań postaw wobec alkoholu kobiet i mężczyzn, ale także z niechęci kobiet do przyznawania się spożywania nadmiernych ilości alkoholu. Znacznie mniej akceptowane społecznie jest bowiem upijanie się kobiet niż mężczyzn. Kobiety też spotykają się z daleko bardziej idącą krytyką i piętnowaniem w przypadku przekroczenia progu trzeźwości, co przyczyniać się może do mniejszej otwartości w przyznawaniu się do incydentów z udziałem alkoholu. Choć z zacytowanych wyżej badań wynika, iż wśród kobiet występuje znacznie mniejsze zagrożenie występowania problemów alkoholowych, nie można nie zauważyć faktu, że nowym zjawiskiem w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych jest właśnie nadużywanie alkoholu przez kobiety oraz uzależnienie kobiet od alkoholu. Podobnie jak w przypadku alkoholików wysokofunkcjonujących, u kobiet z problemem alkoholowym występują spore trudności diagnostyczne. Brak akceptacji dla pijących kobiet, duże wymagania w zakresie pełnienia przez nie ról społecznych, determinują staranne ukrywanie problemu, późniejsze jego

uświadomienie, a co za tym idzie poszukiwanie profesjonalnej pomocy. Woronowicz za Schwoon i Sake, podaje kilka typów kobiecego alkoholizmu[14]:

- młode kobiety spożywające duże ilości alkoholu, warunkowane środowiskowo, z towarzyszącymi znacznymi problemami zdrowotnymi;
- kobiety pijące w celu odreagowania stresu, bez poważniejszych skutków zdrowotnych;
- kobiety pijące alkohol przewlekłe, najczęściej z powodu osamotnienia, z identyfikowanym zespołem abstynenckim, po licznych próbach leczenia;
- kobiety pijące w ilościach średniowysokich, z obecnymi somatycznymi powikłaniami uzależnienia;
- kobiety pijące głównie z przyczyn środowiskowych, bez poważniejszych powikłań zdrowotnych

„Kobiece” problemy alkoholowe z różnych przyczyn przybierają trochę innych obraz. Biologiczne, psychologiczne oraz społeczno-kulturowe uwarunkowania różnicują zarówno proces uzależniania się od alkoholu, obraz zjawiska jak i jego konsekwencje. Z przyczyn biologicznych proces uzależnienia kobiet przebiega znacznie szybciej niż przypadku mężczyzn, a szkody zdrowotne powodowane spożywaniem alkoholu są większe i występują wcześniej niż u mężczyzn. U kobiet większą rolę w rozwoju uzależnienia odrywają negatywne emocje. Częściej piją z powodu osamotnienia, w związku z problemami emocjonalnymi, w stresie, po traumatyzujących wydarzeniach oraz z powodu objawów nerwicowych i zaburzeń snu. Czynniki socjo-kulturowe, związane z funkcjonowaniem w społeczeństwie również determinują szybszy rozwój uzależnienia u kobiet, a jednocześnie późniejsze zwracanie się po profesjonalną pomoc. Kobieta w większości współczesnych kultur jest odpowiedzialna za życie rodzinne, wychowanie dzieci, prowadzenie domu, a dodatkowo również wykonywanie pracy zawodowej. Zakres zadań, z którymi musi się mierzyć jest bardzo szeroki, a oczekiwania społeczne wysokie. Picie alkoholu przez kobiety jest szczególnie restrykcyjnie traktowane, bowiem utrudnia lub uniemożliwia jej wypełnianie społecznej roli kobiety, związanej z zapewnieniem opieki i odpowiedzialności za otoczenie, ale też siebie i swoją seksualność [39,40]. Dodatkowo, podwójne standardy moralne i etyczne, większa stygmatyzacja i ryzyko odrzucenia w przypadku ujawnienia problemów alkoholowych powodują, iż kobiety starają się ukrywać swój problem jak najdłużej jest to możliwe, a na leczenie zgłaszają się w ostateczności, kiedy koszty emocjonalne i społeczne są ogromne. Woronowicz podaje również kilka cech charakterystycznych dla „kobiecego

alkoholizmu” [14]:

- zaczynają pić później niż mężczyźni (często po 40 roku życia);
- częściej piją samotnie i ukrywają swoje uzależnienie;
- szybciej niż mężczyźni osiągają kolejne fazy uzależnienia;
- częściej są rozwiedzione;
- częściej ich partnerzy mają problem z alkoholem.

Choć uzależnienie kobiet, wyrażone w liczbach bezwzględnych, stanowi znacznie mniejszy problem społeczny niż uzależnienie mężczyzn, nie można pomijać tego zjawiska w profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych. Szczególne cechy charakterystyczne „kobiecego uzależnienia” wymagają odrębnego podejścia do diagnostyki oraz leczenia kobiet. Trzeba bowiem pamiętać, iż są one uwikłane w bardziej skomplikowaną sieć społecznych zależności i oczekiwań.

Bibliografia:

1. Anderson P., Baumberg, B.: Alkohol w Europie. Raport z perspektywy zdrowia publicznego. Wyd. Parpamedia, Warszawa 2007.
2. Hunt G., Barker J.C.: Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: towards a unified theory. *Social Science & Medicine*, 2001; 53, 165-188.
3. Cierpiąłkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień. Alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
4. Bloomfield K., Stockwell T., Gmel G., Rehn N.: International Comparisons of Alcohol Consumption. *Alcohol Research & Health*, 2003; 27, 95-109.
5. Room R. Intoxication and bad behavior: understanding cultural differences in the link. *SocSci Med.*, 2005; 53, 189-98.
6. Room R., Mäkelä K.: Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000; 61, 475-483.
7. <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (data pobrania: 15.09.2016).
8. Główny Urząd Statystyczny: Dostawy na rynek krajowy oraz spożycie niektórych artykułów konsumpcyjnych na 1 mieszkańca w 2014 r. Warszawa 2015.
9. TNS OBOP, Spożycie alkoholu w Polsce w 2012 r. Raport z badania. TNS, 2013.

10. PARPA: Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce w 2008 roku. <http://www.parpa.pl/download/wzory%202008%20wnioski%20.pdf>(data pobrania: 15.09.2016).
11. Habrat B., Aspekt kliniczny nadużywania alkoholu oraz uzależnienia od alkoholu w Europie i w Polsce [w:] Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce, M. Gałązka-Sobotka (red.). Wyd. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013; 7-14.
12. Gual A., Anderson P., Segura L., Colom J.: Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions. Department of Health of The Government of Catalonia, Barcelona 2005.
13. Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K.: Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
14. Woronowicz B.T.: Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Wyd. Parpamedia, Warszawa 2009.
15. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. *Probl Hig Epidemiol.*, 2015; 96 (2), 315-320.
16. Kowalewski I.: Zespół uzależnienia od alkoholu wśród dorosłych. Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków 2016.
17. Gorczyca P.W.: Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii. Wyd. Impuls, Kraków 2009.
18. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, Tom I, Wydanie 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012.
19. Samochowiec A., Chęć M., Kołodziej Ł., Samochowiec J.: Zaburzenia używania alkoholu: Czy nowe kryteria diagnostyczne implikują zmianę strategii terapeutycznych? *Alkoholizm i Narkomania*, 2015; 28, 55-63.
20. Habrat B.: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia. *Psychiatria*, 2010; 7(2), 75-81.

21. Rada Ministrów: Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie od dnia 1 stycznia 2014 r. do dnia 31 grudnia 2014 r., Warszawa 2015.
22. Kolasa K.: Jakie są skutki finansowe i zdrowotne picia alkoholu? Przegląd literatury, *Alcoholism and DrugAddiction*, 2015; 28, 183-192.
23. Bogucki M., Gierczyński J., Grylewicz J.: Ekonomiczne aspekty skutków picia alkoholu w Europie i w Polsce. Wyd. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2013.
24. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne [w:] Wybrane elementy socjologii, A. Majchrowska (red.). Wyd. Czelej, Lublin 2003; 293-325.
25. Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego: Wypadki drogowe w Polsce w 2015 roku. Warszawa 2016.
26. Conrad P.: Medicalization and Social Control [in:] *Perspectives in Medical Sociology*. P. Brown (ed.). Waveland Press, Illinois 2000.
27. Osiatyński W.: Alkoholizm, I grzech i choroba i... Wyd. Iskry, Warszawa 2007.
28. Verveij M.: Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. *Bioethics*, 1999; 13, 2, 89-112.
29. O'Connor R.A., Van Esterik P.: De-medicalizing anorexia. A new cultural brokering. *Antropology Today*, 2008; 24 (5), 6-9.
30. Klingenmann J.I., Horyzonty zmiany zachowania nałogowego w Polsce. Wyd. UW, Warszawa 2010.
31. Wieczorek Ł.: Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu i leczenia odwykowego w Warszawie i społeczności lokalnej. *Alkoholizm i Narkomania*, 2015; 28, 103-117.
32. Benton, S.A.: Alkoholicy wysokofunkcjonujący z perspektywy profesjonalnej i osobistej. Wyd. Feeria, Łódź 2015.
33. <http://krytyka.org/wysokofunkcjonujace-osoby-uzależnione-od-alkoholu/> (data pobrania: 04.10.2016.)
34. Centrum Badania Opinii Społecznej, Postawy wobec alkoholu, BS 116/2010, Warszawa 2010.
35. Delker E., Brown Q., Hasin D.S.: Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol Research: Current Reviews*, 2016; 38 (1), 7-15.

36. Keyes K.M., Grant B.F, Hasin D.S: Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008; 93(1-2), 21-29.
37. Keyes K.M., Martins S.S., Blanco C., Hasin D.S.: Telescoping and gender differences in alcohol dependence: New evidence from two national surveys, *American Journal of Psychiatry*, 2010; 167(8), 969-976.
38. Opora R.: Charakterystyka zjawiska uzależnienia i nadużywania alkoholu przez kobiety. *Resocjalizacja Polska*, 2012; 3, 317-326.
39. Kuntsche S., Knibbe R.A., Gmel G.: Social roles and alcohol consumption: A study of 10 industrialised countries. *Social Science & Medicine*, 2009; 68(7), 1263-1270.
40. Kuntsche S., Knibbe R.A., Kuntsche E., Gmel G.: Housewife or working mum – each to her own? The relevance of societal factors in the association between social roles and alcohol use among mothers in 16 industrialized countries. *Addiction*, 2011; 106(11), 1925-1932.

Patologiczne korzystanie z Internetu przez studentów trzech białostockich uczelni

Katarzyna Lewczuk¹, Katarzyna Łagoda²

¹ – Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierunku Pielęgniarstwo; Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² – Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Postęp rozwoju technologii informacyjnych jaki nastąpił w ciągu 20 lat całkowicie odmienił sposób życia współczesnego człowieka. [1] Co raz częściej w naszym życiu ważne miejsce zaczyna zajmować informatyzacja, a zwłaszcza szybkość jej przekazywania i pozyskiwania. Narzędziem, dzięki któremu stało się to możliwe jest Internet [2]. Zalety jakie wiąże ze sobą posiadanie Internetu są ogromne. Zawdzięczamy mu m.in. możliwość komunikacji z innymi ludźmi z różnych zakątków świata, dostęp do najświeższych wiadomości, poszerzania wiedzy, robienia zakupów czy też dokonywania przelewów. Niestety ogromny wzrost ilości osób korzystających z Internetu w przeciągu ostatnich lat wiąże się z poważnymi niebezpieczeństwami [3]. Ludzie co raz częściej uciekają z realnego świata w wirtualną rzeczywistość uważając, że jest ona atrakcyjniejsza, pozbawiona problemów i zmartwień ich prawdziwego życia. Możliwość wykorzystania nowego „ja”, stania się kimś innym aniżeli się jest, nie zwracanie uwagi na ograniczenia istniejące w normalnym świecie sprawiają, że Internet staje się dla człowieka pokusą, której ciężko się oprzeć.[1]

Termin uzależnienie od Internetu wprowadził psychiatra Goldberg w 1995 r., dlatego też jest to nowe zjawisko, obecne zaledwie od dwóch dekad. Jednakże nadal wiele osób nie klasyfikuje Internetu jako czynnika uzależniającego. Choć początkowo pojęcie to nie traktowano poważnie, to wraz z rozwojem technologii informacyjnych zaczęto co raz częściej dostrzegać istnienie uzależnienia internetowego [1,3]. Według Amerykańskiego Centrum Uzależnień Internetowych 6% internautów jest uzależnionych od Internetu, a ponad 30% traktuje sieć jako sposób na ucieczkę od rzeczywistości. W Polsce nie ma danych dotyczących liczby osób uzależnionych od Internetu. W 2010 roku stwierdzono, że 59%

gospodarstw domowych w Polsce ma dostęp do Internetu, w Stanach Zjednoczonych 77%, natomiast w Korei Południowej aż 89%. Uzależnienie od Internetu może dotyczyć osób w każdym wieku, ale najbardziej narażone są osoby młode i dzieci, studenci, osoby samotne, gospodynie domowe oraz osoby bez pracy.

Celem pracy była ocena częstości i celu korzystania z Internetu przez studentów trzech wyższych uczelni w Białymstoku.

Material i metody

Badaniami ankietowanymi zostało objętych 150 losowo wybranych studentów w wieku 20-24 lata z trzech uczelni wyższych: po 50 osób z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Politechniki Białostockiej oraz z Uniwersytetu w Białymstoku. Badania przeprowadzono w 2014 roku.

Na potrzebę niniejszej pracy stworzono kwestionariusz ankiety, ukazujący cel i częstość korzystania z Internetu oraz skutki jakie może wywołać używanie komputera. Składała się ona z metryczki, która zawierała 4 pytania dotyczące płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz miejsca zamieszkania w trakcie studiów. Druga część ankiety składała się z 35 zamkniętych pytań i dwóch otwartych. Pytania dotyczyły m.in. częstości i celu korzystania z Internetu. Ankietowanych zapytano czy odczuwają przyjemność w trakcie surfowania po Internecie, czy jest to ich sposób na odprężenie się, czy odpoczynek oraz czy czują potrzebę coraz dłuższego przebywania przed komputerem. Sprawdzone również czy korzystanie z Internetu ma powiązanie z występowaniem różnego rodzaju dolegliwości oraz czy wpływa na tryb życia i aktywność fizyczną. Zebrane dane poddano analizie ilościowej, procentowej i statystycznej.

Wyniki

Zdecydowana większość studentów (88,7%) miała 20-22 lata. Średni wiek studentów wynosił $21 \pm 0,7$ lat. Kobiety stanowiły 66,7% ogółu badanych. Nieco ponad połowa badanych pochodziła z miasta (54,7%), a 40,7% mieszkało w Akademiku. Charakterystykę demograficzną badanej populacji przedstawia Tabela I.

Tabela. I. Charakterystyka demograficzna studentów

Dane demograficzne		PB		UMB		UwB		Ogółem	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Wiek (lat)	20-22	37	74,0	48	96,0	48	96,0	133	88,7
	>23	13	26,0	2	4,0	2	4,0	17	11,3
Płeć	Kobieta	10	20,0	47	94,0	43	86,0	100	66,7
	Mężczyzna	40	80,0	3	6,0	7	14,0	50	33,3
Miejsce zamieszkania	Miasto	26	52,0	23	46,0	33	66,0	82	54,7
	Wieś	24	48,0	27	54,0	17	34,0	68	45,3
Miejsce zamieszkania podczas studiów	Dom rodzinny	3	6,0	14	28,0	8	16,0	25	16,7
	Akademik	32	64,0	20	40,0	9	18,0	61	40,7
	Mieszkanie wynajęte	10	20,0	10	20,0	27	54,0	47	31,3
	Mieszkanie własne	5	10,0	6	12,0	6	12,0	17	11,3

PB - Politechnika Białostocka,

UMB – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,

UwB - Uniwersytet w Białymstoku

Najwięcej czasu w Internecie, tj od 6 do 10 h spędzają studenci PB (40%). Natomiast na uczelniach UMB (56%) i UwB (62%) – najczęściej studenci deklarowali spędzanie w Internecie od 3 do 6 h codziennie. Tylko 6,0 % ogółu ankietowanych przyznało, że spędzało w Internecie więcej niż 10 h dziennie. Studenci wszystkich uczelni najczęściej spędzali w Internecie średnio 3-6 godzin i stanowili oni 51,3% ogółu. Wyniki przedstawia Tabela II.

Tabela. II. Liczba godzin w ciągu dnia spędzonych w Internecie deklarowana przez studentów

Liczba godzin	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mniej niż 3h	5	10,0	13	26,0	13	26,0	31	20,7
3-6 h	18	36,0	28	56,0	31	62,0	77	51,3
6-10 h	20	40,0	7	14,0	6	12,0	33	22,0
Więcej niż 10 h	7	14,0	2	4,0	0	0,0	9	6,0

Studenci PB najczęściej deklarowali korzystanie z Internetu do uczestnictwa w portalach społecznościowych (70%), słuchania muzyki (60%), sprawdzania poczty (46%) i wyszukiwania materiałów naukowych (42%). Również na pozostałych dwóch uczelniach najczęściej ankietowani korzystali z portali społecznościowych: na UMB – 76%, na UwB – 72%. Wśród studentów UMB i UwB popularne było również wykorzystywanie Internetu do komunikacji z innymi i wyszukiwania materiałów naukowych. Studenci UMB najrzadziej korzystali z Internetu w celu robienia zakupów (2%), w odróżnieniu od PB i UwB, gdzie ok 22-26% studentów robiło zakupy przez Internet. Co czwarty student PB uczestniczył w grach sieciowych. Wyniki przedstawia Tabela III.

Tabela. III. Cel korzystania z Internetu, deklarowany przez ankietowanych

Cel	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sprawdzanie poczty	23	46,0	18	36,0	22	44,0	63	42,0
Wyszukiwanie materiałów	21	42,0	30	60,0	28	56,0	79	52,7
Komunikacja z innymi	12	24,0	33	66,0	28	56,0	73	48,7
Uczestnictwo w portalach	35	70,0	38	76,0	36	72,0	109	72,7
Słuchanie muzyki	30	60,0	27	54,0	23	46,0	80	53,3
Gry sieciowe	12	24,0	2	4,0	1	2,0	15	10,0
Zakupy	13	26,0	1	2,0	11	22,0	25	16,7
Bez celu	4	8,0	1	2,0	2	4,0	7	4,7

Wśród studentów PB, co druga osoba (48%) zadeklarowała, że jest zarejestrowana na jednym lub dwóch portalach społecznościowych, natomiast aż 42% korzystało z trzech lub czterech takich portali. Jedynie 4% studentów z PB oznajmiło, że nie posiadało takich kont. Na UMB aż 80% studentów było zarejestrowanych na 1-2 portalach społecznościowych. Tylko 3,3% studentów z trzech uczelni nie korzystało z portali społecznościowych (Tabela IV).

Tabela. IV. Liczba portali społecznościowych na których są zarejestrowani studenci

Liczba portali	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0	2	4,0	0	0,0	3	6,0	5	3,3
1 do 2	24	48,0	40	80,0	25	50,0	89	59,3
3 do 4	21	42,0	10	20,0	20	40,0	51	34
Powyżej 5	3	6,0	0	0,0	2	4,0	5	3,3

Wśród studentów PB, 40% osób przeznaczało mniej niż 1 h na rozmowy w Internecie, a 42% poświęcało około 3-4 h. Nikt z ankietowanych na PB nie rozmawiał przez Internet więcej niż 4 h. Połowa studentów UMB (48%) i UwB (50%) przeznaczało 1-2 h na komunikację z innymi osobami. Zarówno na UMB jak i na UwB najmniej studentów przeznaczało powyżej 4 h na rozmowy przez Internet. Wyniki przedstawia Tabela V.

Tabela. V. Liczba godzin poświęcana w ciągu dnia na rozmowy przez Internet deklarowana przez ankietowanych

Ilość godzin	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<1 h	20	40,0	16	32,0	13	26,0	49	32,7
1-2 h	9	18,0	24	48,0	25	50,0	58	38,7
3-4 h	21	42,0	7	14,0	9	18,0	37	24,7
>4 h	0	0,0	3	6,0	3	6,0	6	4,0

Ponad połowa z studentów (55,3%) uważała, że Internetowe znajomości pełnią istotną rolę w ich życiu. Różnica między odpowiedzią potwierdzającą i przeczącą na to pytanie wynosiła 2-6%. Wyniki przedstawia Tabela VI.

Tabela. VI. Ważność internetowych znajomości w życiu ankietowanych studentów.

Ważność internetowych znajomości	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	28	56,0	29	58,0	26	52,0	83	55,3
Nie	22	44,0	21	42,0	24	48,0	67	44,7

Zarówno ankietowani z UMB (89%) oraz UwB (84%) stwierdzili, że łatwiej nawiązywali znajomości w rzeczywistym świecie niż przez Internet. Natomiast około ¼ ankietowanych studentów z PB przyznała, że łatwiej nawiązuje kontakty przez Internet (Tabela VII).

Tabela. VII. Łatwość nawiązywania kontaktów przez Internet i w świecie rzeczywistym w ocenie ankietowanych.

Łatwość nawiązywania kontaktów	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Przez Internet	12	24,0	7	14,0	8	16,0	27	18,0
W rzeczywistym Świecie	38	76,0	43	86,0	42	84,0	123	82,0

Prawie wszyscy studenci UMB (90%) bardziej cenili sobie znajomości zawarte w rzeczywistości niż przez Internet (0%). Pozostali (10%) cenili je w porównywalnym stopniu. Inaczej twierdzili ankietowani na PB. Tylko dla co drugiej osoby (56%) znajomości zawarte w rzeczywistości są najważniejsze, 38% traktowało je w porównywalnym stopniu, zaś 6 % bardziej cenilo znajomości zawarte przez Internet i tylko te osoby spośród wszystkich ankietowanych z Uczelni Białostockich zaznaczyło tą odpowiedź. Studenci UwB również najbardziej cenili sobie znajomości zawarte w rzeczywistym świecie (70%), zaś co ok. 3 osoba (30%) traktuje obydwie znajomości w porównywalnym stopniu (Tabela VIII).

Tabela. VIII. Ważność znajomości zawartych przez Internet i w rzeczywistości w ocenie studentów.

Ważność znajomości	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zawartych przez Internet	3	6,0	0	0,0	0	0,0	3	2,0
Zawartych w rzeczywistości	28	56,0	45	90,0	35	70,0	108	72,0
W porównywalnym stopniu	19	38,0	5	10,0	15	30,0	39	26,0

Dla 71,3% ogółu ankietowanych, Internet był źródłem przyjemności. Na to pytanie twierdząco odpowiedziało najwięcej osób z PB (82%). Na UMB i UwB zdania były bardziej podzielone. Znaczna połowa (62% UMB i 70% UwB) stwierdziła, że Internet jest dla nich źródłem przyjemności, zaś ok 30% nie miała na ten temat swego zdania. Wyniki zostały przedstawione w Tabeli IX.

Tabela. IX. Korzystanie z Internetu jako źródło przyjemności w ocenie badanych.

Internet jako źródło przyjemności	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	41	82,0	31	62,0	35	70,0	107	71,3
Nie	4	8,0	4	8,0	3	6,0	11	7,3
Nie wiem	5	10,0	15	30,0	12	24,0	32	21,3

Większość ankietowanych studentów (94% UMB i UwB) nie odczuwało potrzeby coraz dłuższego przebywania w Internecie, zaś pozostałe 6 % odczuwało taką potrzebę. Nieco inaczej, wyglądała sytuacja na PB, gdzie na to pytanie przecząco odpowiedziało 80% studentów, zaś twierdząco 20%. Wyniki ukazuje Tabela X.

Tabela. X. Potrzeba coraz dłuższego przebywania w Internecie w celu polepszenia samopoczucia

Potrzeba dłuższego przebywania w Internecie	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	10	20,0	3	6,0	3	6,0	16	10,7
Nie	40	80,0	47	94,0	47	94,0	134	89,3

Ponad połowie (58,7%) wszystkich ankietowanych nie zdarzały się nieprzerwane sesje w Internecie. W ten sposób odpowiadali studenci UMB (66%) i UwB (78%). Natomiast aż 68% studentów PB przyznało, że zdarzyły się im wielogodzinne nieprzerwane sesje w Internecie. Wyniki zostały przedstawione w Tabeli XI.

Tabela. XI. Wielogodzinne nieprzerwane sesje w Internecie.

Wielogodzinne sesje w Internecie	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	34	68,0	17	34,0	11	22,0	62	41,3
Nie	16	32,0	33	66,0	39	78,0	88	58,7

Ponad połowa ankietowanych z UwB (68%) i UMB (66%) uważała, że potrafi kontrolować czas przeznaczony na korzystanie z Internetu. Inaczej przedstawiała się sytuacja w przypadku ankietowanych na PB, gdzie co 3 osoba (36%) odpowiedziała twierdząco na to pytanie.

Tabela XII. Umiejętność kontrolowania czasu korzystania z Internetu deklarowana przez studentów.

Kontrolowanie czasu	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	18	36,0	33	66,0	34	68,0	85	56,7
Nie	17	34,0	6	12,0	6	12,0	29	19,3
Nie wiem	15	30,0	11	22,0	10	20,0	36	24,0

Zarówno studentom PB (78%) jak i UMB (82%) zdarzało się spędzić w Internecie więcej czasu niż pierwotnie zaplanowali. Zdania były bardziej podzielone na UwB, gdzie tylko 64% ankietowanych potwierdziło takie sytuacje. Pozostała część (36%) odpowiedziała przecząco. Wyniki ukazują Tabela XIII.

Tabela. XIII. Spędzanie w Internecie więcej czasu niż pierwotnie zaplanowano.

Spędzanie więcej czasu w Internecie niż zaplanowano	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	39	78,0	41	82,0	32	64,0	112	74,7
Nie	11	22,0	9	18,0	18	36,0	38	25,3

Większość studentów z UwB (90%) stwierdziło, że nie myślą o Internecie w czasie, kiedy z niego nie korzystają. Porównując wszystkie grupy studentów, można stwierdzić, że najczęściej o Internecie myśleli studenci PB (20%). Na to pytanie nie potrafiło odpowiedzieć jednoznacznie ogółem 8% ankietowanych. Otrzymane wyniki przedstawia Tabela XIV.

Tabela. XIV. Myślenie o Internecie w czasie, gdy z niego nie korzystają studenci

Myślenie o Internecie	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak	10	20,0	7	14,0	3	6,0	20	13,3
Nie	36	72,0	37	74,0	45	90,0	118	78,7
Nie wiem	4	8,0	6	12,0	2	4,0	12	8,0

Blisko połowa studentów UMB i UwB (52-56%) stwierdziła, że może żyć bez Internetu. Natomiast na PB aż 68% studentów przyznało, że nie wyobrażają sobie życia bez Internetu. Wyniki ukazują Tabela XV.

Tabela. XV. Czy wyobrażasz sobie życie bez Internetu?

Życie bez Internetu	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak	16	32,0	28	56,0	26	52,0	70	46,7
Nie	34	68,0	22	44,0	24	48,0	80	53,3

Najwięcej osób na PB (26%) ze wszystkich uczelni (14% na UMB i 4% na UwB) uważało, że ich znajomi sądzą, iż za dużo czasu spędzają korzystając z Internetu. Na to pytanie nie potrafiło odpowiedzieć 24% studentów UwB, 16% PB, oraz 14% z UMB (Tabela XVI).

Tabela. XVI. Opinia bliskich osób na temat spędzania zbyt długiego czasu ankietowanych w Internecie

Opinia bliskich na temat zbyt długiego spędzania czasu w Internecie	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	13	26,0	7	14,0	2	4,0	22	14,7
Nie	29	58,0	36	72,0	36	72,0	101	67,3
Nie wiem	8	16,0	7	14,0	12	24,0	27	18,0

Najczęściej i najwięcej studentów PB (22%) odczuwało wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu poświęcenia dużej ilości czasu na korzystanie z Internetu. Natomiast najrzadziej takie wyrzuty sumienia deklarowali studenci UMB. Z analizy wszystkich ogólnych danych wynika, że 44% ankietowanych ze wszystkich uczelni czasami odczuwało wyrzuty sumienia, 42,2% nigdy ich nie miało, zaś co ok. 8 osoba (13,3%) zadeklarowała, że odczuwała je bardzo często. Otrzymane wyniki przedstawia Tabela XVII.

Tabela. XVII. Odczuwanie wyrzutów sumienia lub wstydu z powodu zaniedbań wynikających ze spędzania dużej ilości czasu w Internecie przez studentów

Odczuwanie wyrzutów sumienia lub wstydu	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tak – często	11	22,0	2	4,0	7	14,0	20	13,3
Tak – czasami	21	42,0	24	48,0	21	42,0	66	44,0
Nie – nigdy	18	36,0	24	48,0	22	44,0	64	42,7

Aż 60% studentów PB przyznało, że korzystanie z Internetu stanowi dla nich ucieczkę od problemów, lęku lub przygnębienia. Na pozostałych uczelniach odsetek ten stanowił odpowiednio 14% dla studentów UMB i 36% dla studentów UwB (Tabela XVIII).

Tabela. XVIII. Internet, jako ucieczka od problemów, lęku lub przygnębienia.

Internet, jako ucieczka od problemów	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	30	60,0	7	14,0	18	36,0	55	36,7
Nie	20	40,0	43	86,0	32	64,0	95	63,3

Studenci zostali zapytani czy z powodu częstego korzystania z Internetu ryzykują utratę pracy, nauki, karierę lub związku. Na każdej z uczelni była znaczna przewaga odpowiedzi przeczących (84%) niż potwierdzających (16%) na to pytanie (Tabela XIX).

Tabela. XIX. Narażanie pracy, nauki, kariery, ważnych związków, bądź ryzykowanie ich utraty z powodu Internetu w ocenie ankietowanych studentów?

Podejmowanie Ryzyka	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	11	22,0	7	14,0	6	12,0	24	16,0
Nie	39	78,0	43	86,0	44	88,0	126	84,0

Zdecydowana większość studentów UwB (96%) deklaruwała, że nie zdarzyło się im okłamać innych osób, aby ukryć ilość swojego czasu spędzonego w Internecie i była to największa ilość osób jaka odpowiedziała przecząco na to pytanie ze wszystkich ankietowanych. Natomiast 30% studentów PB przyznała, że zdarzało im się okłamać inne osoby co do ilości czasu spędzonego przed komputerem. Na UMB przyznało się do tego 18% studentów, a na UwB najmniejsza ich ilość – 4%. Wyniki przedstawia tabela XX.

Tabela. XX. Okłamywanie innych osób w celu ukrycia ilości czasu spędzanego w Internecie deklarowana przez studentów.

Okłamywanie innych	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Tak	15	30,0	9	18,0	2	4,0	26	17,3
Nie	35	70,0	41	82,0	48	96,0	124	82,7

Praktycznie wszyscy z UMB (98%) jednogłośnie przyznali, że zdawali sobie sprawę jakie skutki wywołuje długie przebywanie przed komputerem. Jedynie pozostałe 2% z nich nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. Podobnie przedstawiają się wyniki na UwB, gdzie 92% studentów odpowiedziało twierdząco na to pytanie, a tylko 6% przecząco. Inaczej odpowiadali ankietowani na PB, gdzie tylko co 2 osoba (50%) знаła skutki długotrwałego przebywania przed komputerem, a 38% osób nie dysponowało taką wiedzą (Tabela XXI).

Tabela. XXI. Świadomość skutków zbyt długiego przebywania przed komputerem deklarowana przez studentów.

Świadomość skutków	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Tak	25	50,0	49	98,0	46	92,0	120	80,0
Nie	19	38,0	0	0,0	3	6,0	22	14,7
Nie wiem	6	12,0	1	2,0	1	2,0	8	5,3

Większość ogółu ankietowanych studentów (83,3%) uważało, że nie są uzależnieni od Internetu, w tym: 78% studentów PB, 84% studentów UMB i 88% UwB. Aż 12% studentów

z PB przyznała się, że jest uzależniona od Internetu, a z UwB co ok. 17 osoba (6%). Zaś na UMB żaden student nie uważa, że jest uzależniony od Internetu (Tabela XXII).

Tabela. XXII. Poczucie uzależnienia od Internetu w badanej grupie studentów

Uzależnienie od Internetu	PB		UMB		UwB		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	6	12,0	0	0,0	3	6,0	9	6,0
Nie	39	78,0	42	84,0	44	88,0	125	83,3
Nie wiem	5	10,0	8	16,0	3	6,0	16	10,7

Zdecydowana większość (92%) ankietowanych z PB uważa, że ludzie w przyszłości nie będą mogli funkcjonować bez dostępu do Internetu. Zgadzali się z nimi studenci na UwB, gdzie na pytanie twierdząco o odpowiedziało o 10% mniej niż na PB (82%). Inaczej odpowiadali ankietowani na UMB, gdzie ledwo ponad połowa (52%) uważała, że Internet w przyszłości będzie dla ludzi niezbędny, zaś co 3 osoba (32%) nie zgadza się z tym, a 16% studentów nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. Na UwB jedynie 16% osób uważało, że w przyszłości ludzie będą potrafili obejść się bez Internetu, a na PB o połowę mniej – 8%.

Dyskusja

Problem uzależnienia od Internetu poruszono w 1996 roku na 104. corocznej konwencji Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychologicznego w Toronto. Zwrócono uwagę, że Internet może być przyczyną uzależnienia, w podobny sposób jak alkohol, narkotyki czy też hazard. Jednakże nazwę uzależnienie od Internetu po raz pierwszy zaproponował Goldgerg, psychiatra z Nowego Yorku, w 1995 roku. W literaturze często spotyka się wiele pojęć stosowanych zamiennie tj.: uzależnienie od komputera, uzależnienie od Internetu, Internetomania, „siecioholizm”, „netoholizm”, „cyberzależność”, „cybernałóg”, „sieciozależność”, „infoholizm”, „infozależność”, problematyczne używanie Internetu, czy też patologiczne korzystanie z Internetu, a także wiele definicji definiujących ten rodzaj zaburzeń [1,4,5]. *Internet Addiction Disorder* (IAD) oznacza uzależnienie od sieci

objawiającym się m.in. brakiem kontroli nad czasem spędzonym w sieci, używanie komputera w celu ucieczki od smutku, doświadczaniem silnych uczuć euforii i poczuciem winy z powodu przebywania w Internecie oraz ukrywania informacji na temat czasu przebywania w Internecie [3].

Obecnie wielu badaczy podkreśla, że uzależnienie od Internetu to nie tylko bardzo długi czas spędzany w sieci, ale również zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne, zaburzenia emocjonalne, kryzys systemu wartości, zmiana zasad moralnych, problemy finansowe, uzależnienie od pornografii czy też gier komputerowych, socjomania internetowa [1].

W Europie średnio 93% młodych internautów korzysta z sieci przynajmniej raz w tygodniu, a 60% loguje się codziennie lub prawie każdego dnia [5-14]. W Polsce te wskaźniki są nawet wyższe i wynoszą odpowiednio: 98% raz w tygodniu, 74% codziennie i 24% loguje się raz lub dwa razy w tygodniu [5]. W Korei szacuje się, że około 2% osób w wieku 6-19 lat jest uzależnionych od Internetu, na Tajwanie aż 6% studentów college'u a w Chinach aż 14% nastolatków. Istotny wpływ na ten rodzaj uzależnienia może mieć dostęp do komputera/Internetu i różnice kulturowe. W badaniach przeprowadzonych przez Pawłowską B. i wsp. [14] wśród studentów różnych narodowości (Polacy, Tajwańczycy, Amerykanie) Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, wykazano, że studenci z Tajwanu mieli znacząco bardziej nasilone objawy uzależnienia od Internetu niż studenci z USA i z Polski. Większy odsetek studentów z Tajwanu był też zagrożony uzależnieniem, częściej korzystali z gier, w których dominowała przemoc oraz istotnie częściej byli przekonani, że jedynie w kontaktach nawiązywanych przez Internet można otrzymać akceptację, zrozumienie i wyrażać autentyczne poglądy i uczucia, w porównaniu do pozostałych badanych narodowości. W badaniach przeprowadzonych przez Taranto i wsp. [15] wśród 402 dzieci szkoły średniej wykazano, że aż 4,7% uczniów w wieku 14-18 lat ma zespół IAD.

Większość przeprowadzonych badań naukowych na temat uzależnienia od Internetu potwierdza związek między uzależnieniem a wiekiem oraz zaniedbaniem szkoły, studiów i pracy zawodowej [6-15]. Niepokojący jest fakt, że wśród osób korzystających patologicznie z Internetu wzrasta liczba osób niepełnoletnich. Badania przeprowadzone przez Juza i wsp. [6] wykazały, że więcej rodzajów aktywności internetowej współwystępuje z uzależnieniem wśród uczniów szkoły podstawowej w porównaniu do uczniów szkół gimnazjalnych. Uzależnienie od Internetu współwystępuje z nieprzystosowaniem do warunków szkolnych, agresją, a w gimnazjum z egocentryzmem. Stwierdzono również, że aktywności, które można

uznać za czynnik ryzyka uzależnienia, to przede wszystkim gry online, również te, które służą komunikacji (szkoła podstawowa) oraz filmy online (gimnazjum) [6].

W badaniach własnych wykazano, że głównymi celami korzystania z Internetu są: uczestnictwo w portalach społecznościowych (72,7%), słuchanie muzyki (53,3%), wyszukiwanie materiałów do nauki (52,7%) i komunikacja z innymi (48,7%). Tylko 4% ogółu badanych nie posiadało żadnego konta na portalu społecznościowym, a ¼ badanych spędzała na czatowaniu od 3 do 4 h dziennie. Aż 10% ankietowanych uważa, że czuje potrzebę jeszcze dłuższego spędzania czasu w Internecie. 68% studentów Politechniki Białostockiej przyznało, że zdarzają im się wielogodzinne i nieprzerwane sesje korzystania z Internetu. Są to istotne czynniki ryzyka uzależnienia od Internetu. Zwłaszcza, że aż 74,7% spędza więcej czasu w Internecie niż pierwotnie zaplanowali. Podobne wyniki uzyskano oceniając studentów fizjoterapii w badaniach przeprowadzonych przez Krajewską-Kułąk E. [11], gdzie aż 43,9% przyznało, że zdarzają się im wielogodzinne sesje w Internecie, a 21% studentów korzysta z Internetu powyżej 6 h dziennie.

W badaniach przeprowadzonych przez Marcinkowskiego i wsp. [13] wśród 976 studentów wykazano, że część ankietowanych osób używa Internetu w sposób patologiczny i istnieje u nich zależność psychiczna. Z powodu nadaktywności w sieci u respondentów występowały problemy w szkole, w pracy, w rodzinie a także problemy zdrowotne np. bóle głowy, bóle kręgosłupa, mdłości, uczucie strachu, niepewność siebie, przygnębienie, beznadziejność, wewnętrzna pustka. W badaniach własnych 57,3% studentów odczuwa poczucie wstydu lub wyrzuty sumienia (czasem lub często) z powodu zaniedbań wynikających ze spędzania zbyt dużej ilości czasu w Internecie.

W badaniach przeprowadzonych przez Krajewską-Kułąk E. i wsp. [10] wśród 232 studentów pielęgniarstwa wykazano, że częściej z Internetu korzystały osoby posiadające komputer, nawet do 8 godzin dziennie. U prawie 4% studentów występowało rozdrażnienie, niepokój czy też gorsze samopoczucie przy próbie ograniczenia lub przerwania korzystania z Internetu oraz ustępowania tych stanów z chwilą powrotu do sieci. Potrzebę spędzania coraz większej liczby godzin w Internecie, celem uzyskania dobrego samopoczucia, zgłaszało 5,1% badanych. W badaniach tych samych autorów przeprowadzonych wśród studentów fizjoterapii [11] wykazano, że aż 43,9% studentów czuje taką potrzebę. W badaniach własnych natomiast 36,7% studentów przyznało, że Internet stanowi dla nich ucieczkę od problemów, leku czy też przygnębienia.

Uważa się, że spędzanie więcej niż 5 godzin dziennie na przeglądaniu Internetu może być niebezpieczne i być przyczyną uzależnienia. W początkowej fazie korzystania z sieci Internet wywołuje zainteresowanie i sprawia przyjemność. Na tym etapie użytkownik poznaje i racjonalnie wykorzystuje dostęp do Internetu. Poszukuje nowych wiadomości, korzysta z portali społecznościowych, robi zakupy. Faza uzależnienia rozpoczyna się w momencie, gdy użytkownik nie może skorzystać z dostępu do Internetu i pojawiają się natrętne myśli na jego temat. Następnym krokiem jest zaniedbywanie obowiązków, rodziny i przyjaciół, obowiązków szkolnych czy zawodowych. Cała aktywność osoby uzależnionej skupia się wokół Internetu. Bycie „w sieci” przyjmuje postać codziennych, wielogodzinnych a często nawet nieprzerwanych sesji, których skutkiem bywa spiętrzanie się problemów zawodowych, rodzinnych, szkolnych, czy towarzyskich. Dochodzi do tego, że osoba uzależniona ogranicza czas na sen, odżywianie, naukę czy pracę – po to tylko, by mieć go więcej na dostęp do Internetu i korzystanie z niego w wybrany przez siebie sposób (granie, czatowanie, portale społecznościowe, inne). Jest to faza destrukcyjna uzależnienia od Internetu i może się ona niekorzystnie odbijać na stanie zdrowia osoby uzależnionej.

W badaniach własnych wykazano, że aż połowa studentów spędza dziennie od 3 do 6 godzin, ¼ studentów od 6 do 10 godzin a 6% przyznało, że spędzają nawet więcej niż 10 godzin dziennie. W badaniach przeprowadzonych przez Krajewską-Kułak [10] do wielogodzinnych, nieprzerwanych sesji przyznało się 32,8% studentów.

Jednym z elementów determinujących częstość i czas korzystania z Internetu może mieć płeć. W badaniach przeprowadzonych przez Barłóg. [12] wśród 536 studentów wykazano, że mężczyźni cechują się istotnie wyższym stopniem uzależnienia od Internetu w porównaniu do kobiet. Podobną zależność zaobserwowano w badaniach własnych, gdzie mężczyźni (studenci Politechniki Białostockiej) częściej w porównaniu do kobiet dłużej korzystali z Internetu niż planowali, traktowali Internet jako ucieczkę od problemów, lęku i przygnębienia, odczuwali wyrzuty sumienia lub wstyd z powodu zaniedbań wynikających ze zbyt długiego korzystania z Internetu, okłamywali innych na temat ilości czasu spędzanego w Internecie. W badaniach Warzechy [8] wykazano również, że studenci nieco częściej w porównaniu do studentek grali w gry hazardowe (loterie, zakłady, kasyno), oglądali filmy, słuchali muzyki, grali w gry on-line, uczestniczyli w forach dyskusyjnych i oglądali strony pornograficzne [8].

Wiele osób kojarzy Internet wyłącznie z korzyściami, jako źródło zaspokajania swoich potrzeb. Dynamiczny rozwój technik komputerowych i telekomunikacyjnych i łatwiejszy

dostęp do Internetu sprawia, że co raz więcej osób, w co raz młodszym wieku sięga do Internetu korzystając z różnych zasobów i możliwości Internetu w sposób w niekontrolowany i zagrażający ich życiu fizycznemu, psychicznemu i społecznemu. Aby zapobiec tym negatywnym następstwom, należy uświadamiać społeczeństwo na temat przyczyn, objawach, metodach terapii i następstwach uzależnienia od cyberprzestrzeni[16].

Wnioski

1. Znaczny odsetek ankietowanych jest zagrożonych uzależnieniem od Internetu, zwłaszcza studenci Politechniki Białostockiej.
2. Pomimo deklarowanej przez studentów świadomości negatywnych skutków korzystania z Internetu 16% ankietowanych zaniedbuje codzienne obowiązki z powodu Internetu, 74,7% spędza więcej czasu niż zaplanowali, a 41,3% osobom zdarza się korzystać z Internetu w sposób nieprzerwany przez wiele godzin.
3. Aż 28% studentów korzysta z Internetu powyżej 6 h w ciągu dnia.

Postulaty

Istnieje potrzeba opracowania i wdrażania na uczelniach wyższych, w mediach lokalnych i ogólnopolskich intensywnych programów profilaktycznych i kampanii informacyjnych na temat uzależnienia od Internetu i jego następstwach psycho-fizycznych.

Bibliografia

1. Wołpiuk-Ochocińska A.: Uzależnienie od Internetu – przybliżenie zjawiska. [w:] Studia z psychologii w KUL. Francuz P., Otrębski W. (red.), Wyd. KUL, Lublin 2006, 99-119.
2. Augustynek A.: Zagrożenia komputerowe. Studia Humanistyczne, 2007; 5: 107 – 121.
3. Wojtkowiak M., Szumilas-Praszek W.: Internet jako współczesne medium zagrożenia czy edukacji? Rola internetu w ponowoczesnym społeczeństwie. Społeczeństwo i Rodzina, 2013; 37 (4): 133-142.

4. Kirwill L. Polskie dzieci w Internecie. Zagrożenia i bezpieczeństwo – część 2. Częściowy Raport z badań EU Kids Online II przeprowadzonych wśród dzieci w wieku 9-16 lat i ich rodziców, 2011.
5. Błachnio A., Przepiórka A., Rowiński T.: Dysfunkcjonalne korzystanie z Internetu – przegląd badań. *Psychologia Społeczna*, 2014; tom 9, 4 (31): 378-395.
6. Juza Sz., Kloc T.: Uwikłani w sieci. Wzorce aktywności internetowej w kontekście uzależnienia od Internetu i nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży. *Innowacje Psychologiczne*, 2012; 1(1), 9-27.
7. Białokoz-Kalinowska I., Kierus K., Nawrocka B., Piotrowska-Jastrzębska J.D.: Uzależnienie od Internetu (siecioholizm) wśród dzieci i młodzieży licealnej – konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne. *Pediatra Medycyna Rodzinna*, 2011; 7 (4), 372-377
8. Warzecha K.: Aktywność wykazywana w sieci przez śląskich studentów niezagrożonych i zagrożonych uzależnieniem od Internetu – analiza statystyczna. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 2015; 220: 99-116.
9. Wójtowicz-Chomicz K., Borzęcki A.: Czy studenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie są uzależnieni od Internetu? *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010; 12(3), 858-860
10. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Van Damme-Ostapowicz K. et al.: Uzależnienie od Internetu wśród studentów kierunku pielęgniarstwo. *Probl Hig Epidemiol.*, 2010; 91 (1): 41-47.
11. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Wieczorek B. et al.: Problem zagrożenia uzależnieniem od Internetu wśród studentów kierunku fizjoterapia. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2010; 3-4 (32-34): 31-39.
12. Barłóg M.J.: Uzależnienie od Internetu i jego osobowościowe determinanty. *Hygeia Public Health*, 2015; (50)1: 197-202.
13. Marcinkowski J., Bajek A., Galewska I.: Aktywność studentów internecie oceniana pod kątem uzależnienia w Internetu. *Hygeia Public Health*, 2010; 45 (2): 135-142.
14. Pawłowska B., Masiak J.: A comparison of severity of symptoms of Internet addiction in students from Poland, Taiwan and the USA. *Current Problems of Psychiatry*, 2014; 15, 1, p10-13. 4p.

15. Taranto F., Goracci A., Bolognesi S, Borghini E., Fagiolini A.: Zespół uzależnienia od Internetu w grupie 402 uczniów szkoły średniej. *Psychiatr. Pol.*, 2015; 49 (2): 255-263.
16. Chak K., Leung L.: Shyness and Locus Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *Cyber Psychology & Behavior*, 2004; 7(5): 559-570.

Bodziec stresowy jako istotny czynnik wywołujący dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.

Katarzyna Kaniewska¹, Zofia Dziecioł-Anikiej¹, Małgorzata Gamaradzka², Szymon Kopko³,
Ewelina Chilińska-Kopko⁴

¹–Klinika Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²– Studentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

³–Klinika Rehabilitacji Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – studia doktoranckie

⁴–Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki, Uniwersytet
Medyczny w Białymstoku- studia doktoranckie

Wprowadzenie

Zespoły bólowe odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa, stały się epidemią naszych czasów, choć towarzyszą nam od dawna. Ból pleców, w szczególności dolnego odcinka przestał być jedynie problemem medycznym, stał się również społecznym. Dolegliwość ta dotyka coraz młodszych ludzi. Jak wynika z danych epidemiologicznych bóle kręgosłupa stwierdza się u około 60-80% populacji. Przyjmuje się, że 80% ludzi powyżej 40 roku życia miało przynajmniej jeden poważny epizod bólowy krzyżowo-lędźwiowego odcinka kręgosłupa [1].

Podłoża dolegliwości bólowych zazwyczaj występują w obrębie struktur kostnych. Zazwyczaj są to zmiany zwyrodnieniowe czy też powszechnie znane wypadnie dysku. Obie te dolegliwości najczęściej objawiają się właśnie dolegliwościami bólowymi. Podczas wykonanego zdjęcia rentgenowskiego czy też innych badań, można stwierdzić, że na poziomie kostnym nie ma żadnych zmian, a mimo to ból dalej jest odczuwany i jest on zlokalizowany dokładnie w kręgosłupie. Okazuje się jednak, że dolegliwości te mogą być

związane ze zmianami funkcjonalnymi w obrębie kręgosłupa a przede wszystkim z dysproporcją napięć mięśniowych.

Główne przyczyny takich dolegliwości to siedzący tryb życia, niewłaściwa postawa ciała oraz nieodpowiednia pozycja w czasie snu. Obniżenia odporności dolnego odcinka kręgosłupa na występujące obciążenia statyczno-dynamiczne to kolejny czynnik ryzyka wpływający na ból dolnego odcinka pleców. Owe nieprawidłowości przyczyniają się do występowania dolegliwości ze strony kręgosłupa, a także wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych.

Mięśnie kręgosłupa stanowią swoistą podporę i to dzięki nim można wykonywać skręty czy skłony, a także można utrzymać równowagę ciała. Ich skrócenie bądź osłabienie powoduje, że kręgosłup zyskuje nieprawidłowe ustawienie i pojawiają się dolegliwości bólowe. To brak ruchu, nieprawidłowa postawa ciała czy jednostronne przeciążenia narządu ruchu związane z daną pracą zawodową czy konkretną aktywnością sportową, mogą prowadzić do nieprawidłowego napięcia mięśniowego. Pogłębianie się tych zaburzeń, może z kolei prowadzić do zmian zwyrodnieniowych oraz dyskopatii. Zmiany zwyrodnieniowe powodują ograniczenia ruchów. Bardzo często skutkuje to trwałą niezdolnością do pracy, hospitalizacją, pogłębiającą się depresją, a tym samym generuje ogromne koszty medyczne i społeczne [2,3].

Styl życia, niewłaściwe nawyki dotyczące pracy czy sposobu odżywiania w dużym stopniu wpływają na stan zdrowia ludzkiego. Podstawą terapii chorych z bólami odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa jest leczenia zachowawcze, w którym niezastąpioną rolę odgrywa farmakoterapia oraz fizjoterapia.

Kluczem do skutecznego leczenia pacjentów z dolegliwościami bólowymi odcinka krzyżowo-lędźwiowym kręgosłupa jest interdyscyplinarny proces leczniczy, w którym ogromną rolę odgrywa odpowiednio zaplanowana i prowadzona rehabilitacja. Ważne jest prawidłowe określenie pierwotnej przyczyny bólu. Podstawa oceny pacjenta to wywiad określający lokalizację bólu, jego natężenia, czas trwania oraz jakość i towarzyszące mu objawy. Do osiągnięcia zamierzonych efektów leczniczych stosuje się zabiegi z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii, farmakoterapii, a także metod dodatkowych, czego przykładem może być masaż leczniczy [4].

Anatomia i biomechanika kręgosłupa w odcinku krzyżowo-lędźwiowym

Kręgosłup (*columna vertebralis*) tworzy ruchomą oś tułowia i szyi, łącząc się u góry z podstawą czaszki. Wraz z żebrami oraz mostkiem stanowi kościec osiowy (*skeleton ariale*) ustroju. Kręgosłup jest zbudowany z 33-34, ułożonych jeden na drugim, kręgów. Kręgi te można podzielić na odcinki, każdy z nich ma określoną liczbę kręgów: szyjny – siedem, piersiowy – dwanaście, lędźwiowy, krzyżowy – po pięć oraz guziczny – trzy do pięciu. Można również dokonać podziału na kręgi rzekome (*vertebrae spuriae*), zaliczamy do nich kręgi krzyżowe i guziczne, oraz kręgi prawdziwe (*vertebrae verae*) – trzy górne odcinki kręgosłupa, które zachowały swoją samodzielność.

Kręgi lędźwiowe (*vertebrae lumbales*) mieszczą się między kręgami piersiowymi, a kością krzyżową. W odróżnieniu od kręgów piersiowych nie posiadają powierzchni stawowych dla żeber oraz charakteryzują się znaczną wielkością i masywnością. Znajdują się w płaszczyźnie strzałkowej.

Trzony charakteryzują się nerkowatym bądź owalnym kształtem, a także płaską powierzchnią górną i dolną.

W budowie kręgów lędźwiowych można wyróżnić następujące rodzaje wyrostków parzystych: stawowy górny, stawowy dolny, dodatkowy i poprzeczny, inaczej żebrowy, a także pojedynczy wyrostek kolczysty. Wyrostki stawowe górne są wklęsłe oraz skierowane do tyłu i przyśrodkowo, dolne zaś, wypukłe, zwrócone do dołu i bocznie. Na bocznej powierzchni wyrostków stawowych górnych można zauważyć owalny guzek kostny, nazywany wyrostkiem suteczkowatym. Wyrostki poprzeczne są odpowiednikami rozwojowymi żeber, biorą swój początek z podstawy łuku i trzonu kręgu. Zazwyczaj są wąskie, płaskie, nieznacznie odgięte ku tyłowi. Ostatnie z omawianych, wyrostki kolczyste znajdują się w płaszczyźnie pośrodkowej i odchodzą od łuku ku tyłowi.

Kręgi lędźwiowe wyróżniają się spłaszczonymi w kierunku przednio-tylnym, trójkątnymi bądź owalnymi otworami. Łuki są mocne oraz płaskie, u nasady zwężone i rozszerzające się ku tyłowi.

Kość krzyżowa powstaje w wieku 20-25 lat, na skutek zrośnięcia się pięciu kręgów krzyżowych. Wraz z kośćmi miednicznymi tworzy miednicę. Kształtem przypomina trójkąt skierowany wierzchołkiem do góry. U góry znajduje się podstawa kości krzyżowej (*os sacrum*), u dołu zaś wierzchołek.

W miejscu zetknięcia się piątego kręgu lędźwiowego z podstawą kości krzyżowej można zauważyć obecność kąta lędźwiowo-krzyżowego, który mierzy 120-170 stopni. Wierzchołek owego kąta jest skierowany do przodu i położony w tzw. wzdórku [5].

Do połączenia kości krzyżowej z ostatnim kręgiem lędźwiowym służą wyrostki stawowe górne (*processus articulares superiores*), które posiadają płaskie bądź wklęsłe powierzchnie stawowe ukierunkowane do tyłu i przyśrodkowo. Na podstawie kości krzyżowej, między łukiem, a trzonem pierwszego kręgu krzyżowego, mieści się trójkątny otwór, prowadzący do kanału krzyżowego (*canalis sacralis*). Części boczne kości krzyżowej utworzone są przez wyrostki poprzeczne, żebra szczątkowe pierwszego kręgu oraz odpowiednie części dalszych kręgów

Na powierzchni przedniej, inaczej miednicznej (*facies pelvina*) można zauważyć chropowate kresy poprzeczne (*lineae transversae*), które dochodzą bocznie do otworów krzyżowych miednicznych (*foramina sacralia pelvina*), stanowiących wyjście gałęzi przednich nerwów krzyżowych, zaś wyjście gałązki rdzeniowej tętnicy krzyżowej bocznej. Powierzchnia boczna otworów to przyczep mięśnia gruszkowatego.

Na wypukłej powierzchni tylnej (grzbietowej) usytuowane są pozostałość po zrośniętych wyrostkach kolczystych kręgów krzyżowych – otwory krzyżowe grzbietowe i grzebień krzyżowy pośrodkowy. Przyśrodkowo od pasma otworów krzyżowych grzbietowych znajduje się grzebień krzyżowy pośredni, który powstał ze zrośniętych wyrostków stawowych. Po stronie bocznej mieści się grzebień krzyżowy boczny, zbudowany z wyrostków poprzecznych.

Połączenia stawowe w segmencie krzyżowo-lędźwiowym kręgosłupa

Wyrostki stawowe niżej położonego kręgu połączone są z wyrostkami stawowymi górnymi stawami międzykręgowymi. Wyrostki stawowe otoczone są tkanką chrzęstną, cały staw zaś oplata torebka stawowa. Charakteryzuje się ona cienką oraz wiotką budową. Jednak stawy stabilizowane są dzięki silnym więzadłom – żółtemu, międzypoprzecznemu, międzykolcowemu, a także nadkolcowemu.

Ruchomość w odcinku lędźwiowym kręgosłupa nie jest uwarunkowana dużym zakresem ruchomości kręgów kręgosłupa, a efektem ich sumowania. Wynika to z dość płaskiego ukształtowania powierzchni stawowych kręgów.

Mięśnie odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa

Mięśnie dolnego odcinka kręgosłupa można podzielić na mięśnie łączące pojedyncze kręgi między sobą, żebra oraz wyrostki kręgów, kręgi lędźwiowe oraz żebra, a także łopatkę z kręgosłupem. Analizując kręgosłup pod względem tkanek miękkich należy wyróżnić mięśnie powierzchowne, a także mięśnie głębokie.

Mięśnie powierzchowne odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa są odpowiedzialne za ruchy tułowia bądź kończyn. Ich zadaniem jest wykonywanie ruchów dowolnych ciała, takich jak: zgięcie, wyprost, skłony boczne oraz rotacje. W wyniku przyjmowania nieprawidłowych wzorców ruchowych może dojść do przykurczu owych mięśni.

Mięśnie głębokie stabilizują kręgosłup. Można je podzielić na mięśnie głębokie grzbietu odcinka lędźwiowego pasma bocznego. Do których należą: mięsień biodrowo-żebrowy lędźwi, mięsień najdłuższy klatki piersiowej, mięśnie między poprzeczne przyśrodkowe lędźwi, mięśnie między poprzeczne boczne lędźwi.

Kolejną grupą są mięśnie głębokie grzbietu odcinka lędźwiowego pasma przyśrodkowego i do nich należą: mięśnie międzykolcowe lędźwi, mięsień kolcowy klatki piersiowej, mięsień wielodzielny, mięsień czworoboczny lędźwi, mięsień biodrowo-lędźwiowy, w którego skład wchodzi: mięsień lędźwiowy większy, mięsień lędźwiowy mniejszy oraz mięsień biodrowy, mięsień najszerszy grzbietu.

Biomechanika odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa

Kręgosłup ze względu na swoje funkcje pełni jedną z najważniejszych części budowy anatomicznej człowieka. Stanowi oś i podporę układu kostnego, którego jest częścią składową. Zapewnia duży zakres ruchomości, stanowiąc podporę głowy, a także górnych części ciała. Odcinek lędźwiowy charakteryzuje się bardziej niekorzystnymi warunkami obciążenia w porównaniu do odcinka piersiowego czy szyjnego. O ukształtowaniu kręgosłupa w części krzyżowo-lędźwiowej decyduje lordoza lędźwiowa oraz kąt nachylenia kości krzyżowej [6].

Każdy z odcinków kręgosłupa charakteryzuje się specyficzną siłą nośną, inaczej nazywaną wytrzymałością. W odcinku szyjnym wartość ta jest równa około 113 kg, w piersiowym

około 210 kg. Segment lędźwiowy jest najmocniejszy i wyróżnia się największą wytrzymałością, wynoszącą około 400 kg [7].

Kręgosłup, pomimo swojej ograniczonej jednostkowo możliwości motorycznej, posiada dużą ruchomość. Zakres wykonywanych ruchów uzależniony jest od sprężystości krążków międzykręgowych, a także mięśni przykręgosłupowych, ukształtowania wyrostków kolczystych oraz aparatu torebkowo-stawowego.

Odcinek lędźwiowy charakteryzuje się dużym zakresem ruchomości w płaszczyźnie strzałkowej. W części lędźwiowej kręgosłupa, w płaszczyźnie strzałkowej zachodzą ruchy zgięcia i prostowania. W maksymalnym zgięciu po stronie grzbietowej długość kręgosłupa zwiększa się o 4-6 cm, biorąc pod uwagę wyprost to 4,5-8cm. Zachodzące w płaszczyźnie czołowej zgięcia boczne posiadają znacznie mniejsze wartości. W danym segmencie kręgosłupa najmniejszy zakres ruchomości należy odnotować na poziomie L5- S1. Pochylenie wyrostków stawowych oraz duże rozmiary krążków międzykręgowych mają wpływ na niewielki zakres ruchomości kręgosłupa w płaszczyźnie poprzecznej, gdzie zachodzą ruchy rotacji [8].

Etiologia bólów dolnego odcinka kręgosłupa

Bóle krzyżowo-lędźwiowego odcinka kręgosłupa mogą mieć różne pochodzenie. Dolegliwości odcinka lędźwiowo-krzyżowego można podzielić na ostre i przewlekłe. Ból ostry powstaje w następstwie urazu albo nagłego wstrząsu. Zazwyczaj ustępuje po upływie od 6 do 12 tygodni, może nieść uczucie dyskomfortu od kilku do kilkunastu tygodni. O przewlekłym bólu możemy mówić w przypadku, gdy utrzymuje się on od 3 do 6 miesięcy. Jest to okres dłuży niż wcześniej przewidziany czas powrotu do prawidłowego funkcjonowania pacjenta. Należy zauważyć, iż około 15% bólów kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym zmienia swój charakter z ostrego na przewlekły [9, 10].

Należy zaznaczyć, iż jedynie zrównoważone działanie mięśni ich prawidłowe napięcie, jest w stanie zapewnić prawidłowe funkcjonowanie kręgosłupa oraz połączeń stawowych. Wystarczy, że jeden mięsień, który zaczyna funkcjonować w sposób nieprawidłowy, jest zbyt napięty i dochodzi do nierównowagi napięć mięśniowych. Wynikiem powyższych zmian jest przeciążenie tkanek miękkich, stawów kręgosłupa i krążków międzykręgowych. Stan taki utrzymujący się przez długi czas może doprowadzić do zmian zwyrodnieniowych.

Jedną z głównych przyczyn prowadzącym do powstawania zaburzeń dotyczących napięć mięśniowych, zwłaszcza mięśni przykręgosłupowych jest stres. Pod wpływem sytuacji stresowych dochodzi do uruchomienia wielu procesów biochemicznych organizmu, chociażby zwiększonego wydzielania hormonów, które przyczyniają się do przyspieszonego tętna, wzrostu ciśnienia krwi oraz wzmożonego napięcia mięśni. Napięciu ulegają przede wszystkim mięśnie zaliczane do mięśni posturalnych, które odpowiadają za utrzymanie prawidłowej postawy ciała a ponadto za funkcje takie jak oddychanie. W wyniku reakcji na stres i tego jak działa psychika człowieka, dochodzi do zmian w narządzie ruchu, a te określane są jako psychogenność zaburzeń narządu ruchu. Ciało człowieka wyraźnie reaguje na bodźce stresowe różnego pochodzenia, przyjmując chociażby nieprawidłowe pozycje, które niekorzystnie wpływają na biomechanikę kręgosłupa. Dodatkowo patologiczne ustawienie kręgosłupa wpływa na powstanie nadmiernego napięcia mięśniowego, które również niekorzystnie wpływa nie tylko na kręgosłup ale i cały organizm. Należy zaznaczyć, że stres, który ma charakter przewlekły, powoduje zaburzenie równowagi napięć mięśniowych, a to przyczynia się do odczuwania dolegliwości bólowych. Bodziec stresowy powoduje zapoczątkowanie reakcji bólowych lub eskalacje dotychczasowych dolegliwości ze strony układu ruchu. Równowagę mięśniową można przywrócić poprzez odpowiednią gimnastykę. Jeśli odpowiednio wcześniej o to zadbamy i wówczas kręgosłup pozostanie zdrowy i ewentualnie zmiany zwyrodnieniowe będą zachodziły znacznie wolniej [11].

Podział dolegliwości bólowych odcinka krzyżowo- lędźwiowego kręgosłupa

Około 85 % dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowych to ból nieswoisty, który nie jest związany z jedną znaną przyczyną. Dana przypadłość jest zazwyczaj następstwem urazu sportowego i nagłą wzmożoną aktywnością fizyczną. Dolegliwości bólowe w dolnym odcinku kręgosłupa mogą być wywołane różnymi stanami chorobowymi kręgosłupa, do których można zaliczyć: rwę kulszową, przepuklinę krążka międzykręgowego, zwężenie kanału kręgowego, zapalenie stawów, fibromialgię, nieprawidłowości w budowie szkieletu czy osteoporozę. Ponadto dolegliwości bólowe odcinka krzyżowo-lędźwiowego mogą być następstwem urazu (np. wypadki komunikacyjne) bądź nowotworu [12].

Czynniki ryzyka dolegliwości bólowych kręgosłupa

Do czynników ryzyka dolegliwości bólowych kręgosłupa krzyżowo-lędźwiowego można zaliczyć: proces starzenia organizmu, który prowadzi do stopniowego zmniejszania się wytrzymałości kości, elastyczności mięśni oraz spadku ich napięcia, dehydratację krążków międzykręgowych, otyłość, nieprawidłową postawę ciała, nieprawidłową pozycję w czasie snu, wzrost masy ciała w okresie ciąży, palenie tytoniu, stany lękowe bądź depresję, mechanizm powstawania tkanki bliznowatej wskutek powtarzających się mikrourazów, a ponadto szeroko rozumiany czynnik stresu [13].

Dokładny podział przyczyn dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym został przedstawiony w Tabeli. I.

Tabela I. Podział dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo- krzyżowym [14].

1. choroba zwyrodnieniowa	<ul style="list-style-type: none">- krążka międzykręgowego,- trzonów kręgowych,- stawów międzykręgowych.
2. zmiany zapalne	<ul style="list-style-type: none">- w przebiegu uogólnionych chorób tkanki łącznej,- spondyloartropatie,- zakażenia bakteryjne (swoiste, np. gruźlica i nieswoiste), grzybicze, wirusowe, (np. półpasiec),- martwice aseptyczne.
3. nowotwory kręgosłupa, rdzenia i kanału kręgowego	<ul style="list-style-type: none">- łagodne: naczyniak, oponiak,- złośliwe:<ul style="list-style-type: none">- pierwotne- szpiczak, osteoblastomia,- przerzutowe – nowotwory płuc, piersi, gruczołu krokowego, tarczycy (bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego często wyprzedzają widoczne objawy przerzutu).
4. choroby metaboliczne	<ul style="list-style-type: none">- osteoporoza, osteomalacja, choroba Pageta,- chondrokalcynoza, ochronoza,- nadczynność przytarczyc.
5. wrodzone i nabyte zaburzenia statyki	<ul style="list-style-type: none">- nieprawidłowa lordoza, kifoza,- skolioza,

kręgosłupa	- wady wrodzone- sakralizacja L5, lumbalizacja S1.
6. urazy	- ostre i przewlekłe przeciążenia, - odwichnięcia w stawach międzykręgowych, - złamania trzonów i wyrostków poprzecznych, - ześlizg kręgu (spondylolisteza, retrolisteza).
7. choroby umiejscowione poza kręgosłupem	- schorzenia ginekologiczne: guzy macicy i przydatków, endometriozy; - zaburzenia czynnościowe i w zespole napięcia przedmiesiączkowego, - schorzenia urologiczne: zapalenia i nowotwory gruczołu krokowego, - schorzenia w chorobach wewnętrznych: choroba wrzodowa, choroby woreczka żółciowego, - choroby trzustki, choroby nerek, - tętniak aorty brzusznej, choroba Leriche'a, - guzy jelita grubego.
8. psychogeny ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa	

Udział stresu w patogenezie dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa

Każdy stan chorobowy wymaga od lekarza spojrzenia holistycznego, zajmowania się wszystkimi dolegliwościami pacjenta równocześnie. Należy mieć na uwadze dolegliwości spoza układu nerwowego, stan psychiczny pacjenta oraz jego aktywność osobistą i zawodową. Radzenie sobie z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa to wyzwanie nie tylko dla pracowników służby zdrowia, ale także dla psychologów, osób najbliższych, w końcu samych chorych. Dlatego tak bardzo istotne w chorobie jest określenie, w jaki sposób chorzy ją przeżywają, w jakim stopniu sobie z nią radzą, skąd czerpią siły do jej pokonania i czy w ogóle je mają [15]. Z pewnością wszystkie te czynniki bezpośrednio wiążą się z pojęciem stresu psychologicznego oraz depresją, będącą niejednokrotnie obserwowaną w klinicznym obrazie choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. Jedną z najbardziej popularnych teorii

wyjaśniających to zjawisko jest koncepcja Lazarusa i Folkman, ujmująca stres jako interakcję pomiędzy osobą, a otoczeniem. Z doświadczaniem choroby związany jest pewien określony rodzaj przekonań i doświadczeń chorego na temat swojego stanu, pewnego rodzaju ocena poznawcza. W koncepcji tej podkreśla się twierdzenie, że bardziej niż na wiedzy i przekonaniach zasadza się ona na sensie i znaczeniu przypisywanym chorobie [16]. Lazarus uważa, iż to właśnie osobiste znaczenia są najważniejszymi aspektami stresu choroby. W sytuacji tej zostają uruchomione sposoby radzenia sobie ze stresem, podzielone na style, strategie i procesy.

Stres i jego wpływ na funkcjonowanie ludzi jest przedmiotem badań od ponad 70 lat. Zjawiskiem tym zajmują się biolodzy, medycy, psychologowie, socjologowie. W tym czasie terminowi temu nadawano różne znaczenie [17, 18]. Stres jest nieodłącznie związany z każdą chorobą przewlekłą. Pojęcie stresu, obok pojęcia „radzenie sobie” należy do jednych z najbardziej popularnych terminów używanych zarówno w analizie teoretycznej, jak również w języku potocznym dotyczących czynników związanych z rozwojem oraz przebiegiem choroby [19]. W założonym przez Selyego Międzynarodowym Instytucie Stresu z Montrealu znajduje się ok. 250 tys. publikacji poświęconych temu problemowi. W poszczególnych pracach prezentowane są różne teorie i koncepcje stresu oraz radzenia sobie, które wzbudzają liczne dyskusje i kontrowersje [20]. Problemy, które pojawiają się wokół pojęcia stresu są głównie związane z brakiem jego precyzyjnej definicji. Ponadto, określenie „stres” dość dobrze przystaje do wielu nieprzyjemnych elementów naszego codziennego życia [21]. Jednym z pionierów oraz współtwórców podstaw teorii stresu był Canon. Uważał, że człowiek w stale zmieniających się warunkach życia stara się zachować stan homeostazy i równowagi fizjologicznej, a stres jest jedną z przyczyn prowadzących do jej zaburzenia [19]. Psychologiczne koncepcje stresu skupiają się przede wszystkim na uwarunkowaniach emocjonalnych, poznawczych oraz interakcyjnych [22]. Według autora medycznej teorii stresu Selye, termin stresu określa sumę siedmiu wszystkich nieswoistych skutków działania różnych czynników, które mogą oddziaływać na ustrój [23]. Autor definicję stresu oparł na skonstruowanej przez siebie tzw. koncepcji Zespołu Uogólnionej Adaptacji i GAS (General Adaptation Syndrom) [21]. Reakcję szkodliwych bodźców na organizm określił mianem reakcji stresowej, która wywołuje nieswoiste zmiany biologiczne i endokrynologiczne. Według Selye`go stres jest głównie reakcją adaptacyjną na bodziec, wywołujący reakcje alarmową całego organizmu. Na całe ciało zaczyna działać czynnik, przed którym musi się on bronić. W konsekwencji tego następuje uruchomienie całej kaskady odpowiednich

mechanizmów obronnych organizmu. Taki bodziec autor teorii medycznej stresu nazywa stresorem. Selye podzielił proces obrony organizmu przed atakami ze strony bodźców zagrażających na trzy fazy. Pierwsza z nich to faza alarmowa. Na organizm zaczyna wówczas działać czynnik, przed którym musi się obronić i jak napisano wyżej, w stan spoczynku przechodzi działanie mechanizmów obronnych. Faza alarmowa, zwana także w literaturze fachowej fazą alarmowo-mobilizacyjną, rozpoczyna się etapem szoku, zaskoczenia, ogólnego wstrząsu psychicznego [19]. Faza druga to adaptacja do działającego stresora. Jeśli nie jest on zbyt niebezpieczny, a dalsza walka z nim kosztowałaby więcej energii, niż „oswojenie” go i następcza koegzystencja. W fazie tej, organizm przystosowuje się do działania w warunkach innych niż stan uznany za normalny. Dochodzi do okresowego uodparnia się na destrukcyjny wpływ swoistych stresorów. Istotą wysiłku psychicznego i biologicznego jest integracja oraz zachowanie równowagi zaburzonej przez zmienione wymagania otoczenia. Ostatni etap – GAS to załamanie się mechanizmów obronnych, a w rezultacie choroba mogąca prowadzić wręcz do zejścia śmiertelnego. W tej fazie wyczerpania pod wpływem długotrwałego przebywania w sytuacji ekstremalnej ulegają zakłóceniu, zablokowaniu mechanizmy przystosowawcze. Należy zaznaczyć, że efektem wyczerpania zasobów energii bieżącej organizmu jest jedynie zaburzenie równowagi funkcjonalnej organizmu. Jeżeli natomiast dochodzi do wyczerpania rezerw energii głębokiej, ostatecznej, nienaruszalnej, wówczas następuje totalne, skrajne zablokowanie funkcji organizmu, które może doprowadzić do bardzo szkodliwych skutków zdrowotnych, łącznie z zagrożeniem życia [21].

Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego jako sytuacja stresu.

Doświadczenia związane z przeżyciem choroby własnej sprawiają, iż powstają u chorych określone przekonania z nią związane. Najczęściej są to myśli, prognozy dotyczące efektywności leczenia lub poglądy dotyczące następstw choroby. Chory niejednokrotnie zadaje pytania o etiologię choroby, zarówno na gruncie medycznym jak i egzystencjalnym. Pacjent formułuje przekonania o własnym podejściu do sytuacji związanej z dolegliwościami bólowymi odcinka lędźwiowo-krzyżowego. Świadomie, bądź nie, podejmuje decyzje o tym, czym choroba jest lub czym stanie się dla niego w najbliższej przyszłości. Obraz choroby zawiera informacje kluczowe z punktu widzenia egzystencji człowieka. Informacje te dotyczą chociażby tak podstawowych wartości jak życie i zdrowie [24]. Pacjent ze względu na stan, w jakim się znajduje, wywołany zaistnieniem czynnika chorobotwórczego, odkrywa

istnienie zupełnie nowych okoliczności życiowych. Bywa na przykład, iż poddawany jest izolacji społecznej. Poczucie osamotnienia, bycia niezrozumianym przez innych, utrata kontaktów z osobami najbliższymi to zespół czynników, który pojawia się w związku z rozwijającą się chorobą i stanowi podstawę doświadczanego cierpienia. Ponadto niezdolność do pełnego wyrażania swoich przeżyć przez chorych i w związku z tym niemożność pełnego poznania ich problemów spycha ich często na społeczny margines. Bardzo często właśnie z tego powodu, w swoich przeżyciach, osoby te często pozostają osamotnione. Przetasowaniu ulega konfiguracja ról społecznych w ich otoczeniu. Bardzo często osoba chora doświadcza również wielu ograniczeń natury funkcjonalnej [25, 26].

Podłożem dolegliwości bólowych kręgosłupa może być chociażby nerwica. Wówczas uznaje się, iż przyczyny tych dolegliwości są bardzo niespecyficzne. W badaniu klinicznym nie stwierdza się podłoża organicznego dolegliwości lub zmiany w obrębie kręgosłupa są niewspółmiernie małe w stosunku do demonstrowanego przez chorego stanu. Uznaje się, że różnego rodzaju przeżycia, czy też niekorzystne sytuacje środowiska zewnętrznego mogą leżeć u podłoża zaburzeń normalnego funkcjonowania chorego. Lęk jest podstawową przyczyną nerwicy. Jest to stan bardzo silnego napięcia emocjonalnego, któremu towarzyszy poczucie zagrożenia z jednoczesną bezradnością, niepokojem i bezsilnością. Lęk to stan zagrożenia, w którym człowiek nie uświadamia sobie jego źródła. To właśnie odróżnia lęk od strachu w którym źródło niepokoju jest znane. Jest wiele teorii mających za zadanie wyjaśnić w jaki sposób dochodzi do powstawania nerwic. Najbardziej znana jest teoria psychoanalityczna, mówiąca, że źródłem objawów nerwicowych są stłumione konflikty wewnątrzpsychiczne. Inną teorię podłoża nerwic przedstawia psychologia humanistyczna. Według jej definicji polega ona na tłumaczeniu nerwic jako zaburzeń świadomości w wyniku niewłaściwego ukształtowania obrazu własnej osoby. Innąpropozycją wyjaśnienia przyczyn zaburzeń nerwicowych jest teoria systemowa, która zakłada, że te zaburzenia są wynikiem nieprawidłowości funkcjonowania systemów, w których żyją pacjenci. Według niej najistotniejszy jest system rodzinny. Obraz kliniczny dolegliwości bólowych kręgosłupa na tle nerwicowym jest bardzo złożony i z tego względu niezmiernie trudny w interpretacji. W zależności od postaci nerwicy pacjenci demonstrują różne objawy kliniczne. W postaci hipochondrycznej zespołów bólów kręgosłupa dominuje poszukiwanie przez chorego poważnych objawów choroby. Pacjent stara się udowodnić zespołowi terapeutycznemu, że istnieją nieprawidłowości w badaniach, zwłaszcza dodatkowych. Niejednokrotnie przyczyniają się do tej sytuacji opisy badań komputerowych czy rezonansu magnetycznego

kręgosłupa w których dominuje nomenklatura medyczna. Opisywane przez radiologów wielopoziomowe „dehydratacje krążków”, „wielopoziomowe przepukliny”, upewniają chorego o jego ciężkim stanie i eskalują dalsze objawy choroby. Zazwyczaj w postaci hipochondrycznej występuje dysonans pomiędzy bogatym badaniem podmiotowym, a niewielkimi objawami w badaniu przedmiotowym. Inny obraz kliniczny widoczny jest u pacjentów u których zdiagnozowano nerwice konwersyjną. Zazwyczaj chorzy ci zgłaszają poważne zaburzenia ruchu, przy braku organicznych podstaw takiego stanu. Chory może demonstrować poważne ograniczenia ruchomości kręgosłupa, kończyn dolnych, a ponadto głęboki niedowład czy porażenie kończyny. Powyższe zaburzenia ruchowe chorey wiąże z urazami fizycznymi lubpoważnymi problemami życiowymi. W badaniu przedmiotowym chory demonstruje zazwyczaj dysfunkcje, niewspółmiernie duże do ewentualnych zaburzeń mogących wystąpić na danym poziomie segmentu kręgosłupa, np. porażenie ruchowe całej kończyny dolnej, przy podkreślaniu dolegliwości ze strony dolnego odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. W badaniu przedmiotowym można zaobserwować wiele sprzeczności, chociażby chory opisuje długotrwałe porażenie kończyny, gdzie w badaniu fizykalnym obiektywnie stwierdza się prawidłowe napięcie mięśni, obecność prawidłowych odruchów ścięgnistych, brak zaników mięśniowych. Należy jednak pokreślić, iż pacjenci z objawami nerwicy wymagają bardzo dokładnego holistycznego badania klinicznego, włącznie z oceną ortopedyczną, neurologiczną, uzupełnionego przez badanie internistyczne i ginekologiczne u kobiet, czy też urologiczne. Należy zaznaczyć, iż w przypadku podejrzenia nerwicy niezwykle istotna jest konsultacja psychologa na etapie diagnostyki, a nierzadko także konsultacja psychiatryczna. Pacjenci z rozpoznaniem nerwicowego charakteru dolegliwości bólowych kręgosłupa wymagają złożonego procesu leczenia. Leczeniem podstawowym powinna być psychoterapia, połączona z odpowiednio dobraną dla chorego formą kinezyterapii [27, 28, 29, 30].

Diagnostyka dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo- krzyżowym kręgosłupa

Kluczem do osiągnięcia zadowalających efektów terapii schorzeń w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa jest prawidłowe określenie źródła bólu. Szeroka gama przyczyn stanowi utrudnienie w podjęciu właściwego i efektywnego leczenia [31].

Odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa poddany jest największym obciążeniom. Przyczynia się to do powstawania zmian zwyrodnieniowych w obrębie kręgosłupa. Jest to

proces chorobowy, który rozwija się przez długie lata, prowadząc do stopniowego zwiększenia się dolegliwości bólowych chorego. Objawy, jakie można zaobserwować to ból, zmniejszenie ruchomości kręgosłupa, a także, w razie ucisku na struktury nerwowe, zaburzenia ze strony układu nerwowego. Postawienie prawidłowej diagnozy uzupełnione jest badaniem rentgenowskim (RTG) bądź tomografią komputerową (TK). Zmiany, jakie są możliwe do zaobserwowania to zwężenie otworów międzykręgowych, zwężenie przekroju kanału kręgowego, zmniejszenie wysokości pomiędzy trzonami kręgów, deformacje oraz wyrosła kostne zlokalizowane na krawędziach trzonów, zwane osteofitami. Należy pamiętać, iż w przypadku zmian zwyrodnieniowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa, ewidentnie widocznych w obrazie rentgenowskim, nie zawsze towarzyszy ból [32].

Badanie fizjoterapeutyczne rozpoczyna się od momentu wejścia pacjenta do gabinetu. Należy zwrócić uwagę na to w jaki sposób chory chodzi, stoi, siada oraz jaką przyjmuje pozycję swobodną. Szczególną uwagę należy zwrócić na ustawienie kręgosłupa w pozycji strzałkowej, gdzie można zaobserwować pogłębienie lordozy lędźwiowej. Wskazane jest obserwowanie ustawienia barków względem miednicy w pozycji czołowej. Jeżeli barki przesunięte są w jedną ze stron może to być ustawienie przynoszące zmniejszenie dolegliwości bólowych. Odczucie bólu przy próbie korekcji świadczy o powiązaniu stanu chorobowego z daną kompensacją ze strony barków.

Niezmiernie ważne jest zebranie kompletnego wywiadu dotyczącego czynników, które wywołały odczucie dyskomfortu przez pacjenta. Należy m. in. zebrać informacje na temat wykonywanej pracy, czy jest to forma statyczna bądź dynamiczna. Dodatkowo należy zapytać o typ obecnego urazu oraz wcześniejsze dolegliwości kręgosłupa, ich metody i skuteczność leczenia [33].

Informacje zebrane w wywiadzie należy potwierdzać badaniem funkcjonalnym. W ocenie kręgosłupa należy wykonywać ruchy aktywne, takie jak: wyprost, zgięcie boczne w lewo, zgięcie boczne w prawo, zgięcie połączone ze zgięciem karku. Podczas badania stawu biodrowego należy zwrócić uwagę na zgięcie, rotację wewnętrzną, a także rotację zewnętrzną.

Jednym z elementów badania fizjoterapeutycznego jest wykonanie pomiarów siły mięśniowej. Manualnie należy sprawdzać tkliwość i zakres ruchomości stawów, a także czucie powierzchowne i głębokie. Wskazane jest wykonanie badania neurologicznego aby określić stan obwodowego układu nerwowego. Ból korzeniowy bez ubytków dowodzi o

przepuklinie tylno-bocznej z uciskiem na osłonę oponową korzenia. W sytuacji, gdzie repozycja przepukliny nie jest już możliwa jest ból korzeniowy z ubytkami z uciskiem na osłonę oponową korzenia oraz jego perenchymę. Dochodzi wówczas do zaburzenia przewodnictwa nerwowego [34].

Innym elementem oceny funkcjonalnej odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa jest wykonanie testów klinicznych do których należy[]:

- test palce – podłoga (*Thomayera*) – jest to, badanie ruchomości kręgosłupa oraz stawów biodrowych. Polega na wykonaniu skłonu w przód w płaszczyźnie strzałkowej. Stawy kolanowe w wyproście. Następnie należy dokonać pomiaru odległości opuszka trzeciego palca ręki w stosunku do podłoża. Dodatni wynik świadczy o przykurczu mięśni kulszowo-goleniowych.
- test Schobera – jest to, pomiar ruchomości kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. Należy obserwować wyrostki kolczyste danego segmentu kręgosłupa. W tym celu w pozycji stojącej należy wyznaczyć L1 oraz L5 i zmierzyć odległość między nimi. Pacjent wykonuje skłon w przód. Stawy kolanowe w wyproście. Norma zwiększenia oddalenia między danymi punktami w skłonie wynosi 4-6 cm. Jeśli odległość ta nie zmienia się, bądź zachodzi w niewielkim stopniu mamy do czynienia ze sztywnością kręgosłupa w odcinku lędźwiowym.
- objaw Lasecque’a – jest to, ocena podrażnienia korzenia nerwowego, które może być spowodowane wypadnięciem jądra miazdżystego lub guzem. Pozycja wyjściowa to leżenie tyłem, kończyny dolne wyprostowane. Fizjoterapeuta unosi badaną kończynę dolną, która jest wyprostowana w stawie kolanowym. Ruch wykonywany do momentu pojawienia się bólu.
- test Patricka (test odwiedzeniowy uda) – pozwala na wykrycie deficytu w stawie biodrowo-lędźwiowym. Pozycja wyjściowa to leżenie tyłem, jedna kończyna dolna jest wyprostowana, druga zaś zgięta w stawie biodrowym oraz kolanowym. Stopa nogi zgiętej oparta jest o podudzie poniżej stawu kolanowego kończyny wyprostowanej. Osoba badająca jedną ręką stabilizuje miednicę, drugą opiera okolicę stawu kolanowego kończyny zgiętej.
- objaw Trendelenburga – pozwala na ocenę funkcjonowania mięśni stabilizujących miednicę w płaszczyźnie czołowej. Pacjent stoi na kończynie słabszej funkcjonalnie. Fizjoterapeuta znajduje się za chorym, obserwując ustawienie jego miednicy w linii

łączącej kolce biodrowe tylne górne. Opadająca miednica po stronie kończyny odciążonej dowodzi osłabieniu mięśni pośladkowych.

- nacisk wyprostny – pozwala na ocenę palpacyjną nieprawidłowości kostnych poprzez nacisk wyprostny na wyrostki kolczyste kręgów odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. Pozycja wyjściowa to leżenie na plecach. Ocenę rozpoczyna się od kości krzyżowej, a kończy na L1 w celu znalezienia poziomu uszkodzenia.
- objaw wyprzedzania – jest to ocena zablokowania stawu krzyżowo-biodrowego. Osoba badająca stoi za pacjentem, swoje kciuki kieruje na kolce biodrowe tylne górne chorego. Pacjent przy wyprostowanym stawach kolanowych pochyla się wolno do przodu. Według prawidłowości fizjologicznej kolce biodrowe nie zmieniają swojego położenia w stosunku do początkowego. Jednostronny objaw wyprzedzania możliwy jest do zaobserwowania w przypadku gdy staw krzyżowo-biodrowy z jednej strony nie ulega obniżeniu, a kołek biodrowy tylny górny razem z kością krzyżową w porównaniu do strony przeciwnej przesuwają się ku górze, a więc ulega wyprzedzeniu. Obustronny objaw wyprzedzania może dowodzić o skróceniu mięśni kulszowo-goleniowych [35].

Analizując bóle korzeniowe w dolnym odcinku kręgosłupa należy wziąć pod uwagę inne przyczyny procesu chorobowego. Do których można: zwyrodnienia stawów kręgosłupa, nieprawidłowości metaboliczne kości, nowotwory kręgosłupa i znajdujących się w jego pobliżu tkanek miękkich. Każda zmiana przyczyniająca się do ucisku na korzeń nerwowy może przyczyniać się do odczuwania dyskomfortu przez pacjenta. Ważne jest określenie przyczyny pierwotnej dolegliwości i objęcie właściwego procesu leczniczego. Dodatkowo zadaniem fizjoterapeuty jest określenie, które ruchy tułowia powodują wzmożenie dolegliwości bólowych. Dodatni objaw testu Laseque'a oraz test Patricka, wykonany w celu wykluczenia nieprawidłowości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych. Kolejne zaobserwowane objawy, które mogą świadczyć o konflikcie korzeniowym w obrębie odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, to zniesione lub osłabione odruchy – kolanowy ze ścięgna rzepki bądź ze ścięgna Achillesa. Zebrane wiadomości są niezbędne w określeniu stosownej diagnozy oraz ocenie bieżącego stanu zdrowia pacjenta [12].

Współczesne metody leczenia dolegliwości dolnego odcinka kręgosłupa

Prawidłowe rozpoznanie genezy bólów przeciążeniowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa oraz jak najszybsze rozpoczęcie stosownego leczenia, pozwala zapobiegać pogłębieniu patologicznym zmianom, m. in. degeneracji dysku międzykręgowego.

Należy pamiętać, że do wykonywania zabiegów kinezyterapeutycznych można przystąpić po ustąpieniu ostrego etapu choroby. Jest to zazwyczaj okres 2-3 dni. W tym czasie trzeba zwrócić największą uwagę na odciążenie kręgosłupa, wyeliminowanie ruchów zwiększających odczuwanie dolegliwości bólowych, a także należy kontrolować utrzymanie prawidłowej postawy ciała podczas wykonywania czynności dnia codziennego [36].

Zestawienie dostępnych form terapii w dolegliwościach bólowych odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa z podziałem na etapy choroby przedstawiono w tabeli II.

Tabela. II Formy terapii stosowane w dolegliwościach bólowych odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa z podziałem na etapy choroby [37,38].

Forma terapii	Etap ostry	Etap przewlekły
Farmakoterapia	<ul style="list-style-type: none">- niesteroidowe leki przeciwzapalne,- leki przeciwbólowe ,- antydepresanty,- opioidy.	<ul style="list-style-type: none">- niesteroidowe leki przeciwzapalne,- leki przeciwbólowe,- antydepresanty,- opioidy.
Kinezyterapia	<ul style="list-style-type: none">- leczenie spoczynkowe,- ćwiczenia oddechowe,- ćwiczenia izometryczne,- metoda McKenziego,- terapia manualna.	<ul style="list-style-type: none">- ćwiczenia oddechowe,- ćwiczenia wzmacniające mięśnie,- metoda McKenziego,- terapia manualna,- masaż.
Fizykoterapia	<ul style="list-style-type: none">- ciepłe okłady,- krioterapia,- laser,- pole magnetyczne.	<ul style="list-style-type: none">- parafina,- pole magnetyczne,- laser,- krioterapia,

		<ul style="list-style-type: none"> - hydroterapia, - elektroterapia, - ultradźwięki.
Edukacja i psychoterapia		

Leczenie farmakologiczne

Farmakoterapia jest szczególnie ważna w ostrym etapie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. W tym czasie należy podawać środki o działaniu przeciwzapalnym – NLPZ oraz przeciwbólowym, np. paracetamol [2].

Główne leki stosowane w farmakoterapii bólów odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa to ibuprofen i ketoprofen, stosowane w terapii skojarzonej z tyzanidyną. Przyczyniają się one do zmniejszenia napięcia mięśni i zmniejszenie dolegliwości bólowych nieswoistego bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Porównywalne pod względem efektu leczniczego jest leczenie glikokortykosteroidami, w postaci stosowanych miejscowo blokad punktów spustowych. Plusem tego typu terapii są niewielkie koszty, a także długotrwanie utrzymujący się efekt.

Inną formą farmakoterapii jest zastosowanie małych dawek silnych opioidów. Taka terapia znalazła zastosowanie w leczeniu bólu przewlekłego krzyżowo- lędźwiowego odcinka kręgosłupa. U pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa podaje się również leki nasenne oraz przeciwdepresyjne [37].

Zabiegi z zakresu kinezyterapii

Ćwiczenia usprawniające to skuteczna i bezpieczna forma leczenia pacjentów z dolegliwościami krzyżowo-lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Istnieją dowody, że to właśnie ćwiczenia stosowane przy dolegliwościach przewlekłych przynoszą lepsze efekty poprawy stanu zdrowia chorego w porównaniu do farmakoterapii, fizykoterapii czy masażu [2].

Podstawą programu usprawniania są regularne ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha i grzbietu, które korygują postawę chorego. Ćwiczenia należy wykonywać w pełnym zakresie ruchomości kręgosłupa. U chorych z przewlekłymi bólami krzyża ważnym elementem są ćwiczenia rozciągające, np. wykorzystujące techniki poizometrycznej relaksacji mięśni,

przykurczone mięśnie i inne tkanki miękkie, które w swoim założeniu mają doprowadzić do bólu rozciąganych struktur. Należy pamiętać o wykonywaniu ćwiczeń oddechowych.

Pacjenci, którzy skarżą się na długotrwałe bóle kręgosłupa wymagają większej mobilizacji i poczucia bezpieczeństwa ze strony fizjoterapeuty. U chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi w odcinku lędźwiowo-krzyżowym najważniejsze jest powstrzymanie dalszego rozwoju zmian w sąsiednich odcinkach kręgosłupa oraz poprawa jakości życia codziennego. Należy unikać wszelkich ćwiczeń, które nasilają odczucie dyskomfortu przez chorego. W przypadku niestabilności odcinka lędźwiowego kręgosłupa zwraca się szczególną uwagę na wzmocnienie mięśni brzucha, które przez tłocznnię brzuszną wywierają wpływ na wzrost stabilności kręgosłupa.





Celem terapii jest poprawa gibkości, siły mięśniowej, ogólnej tolerancji wysiłku, zmniejszenie odczuwanego bólu oraz zwiększenie elastyczności więzadeł i torebek stawowych. Dzięki wzmocnieniu wytrzymałości mięśni kręgosłup staje się odporniejszy na przeciążenia, a także posiada mocniejszą stabilizację. Ważnym elementem terapii jest niwelowanie odczuwania lęku przed bólem w związku z wykonywanymi ćwiczeniami. Do każdego typu dysfunkcji dolnego odcinka kręgosłupa powinien być opracowany indywidualny tok ćwiczeniowy. Długo utrzymujący się efekt terapii jest możliwy jedynie dzięki maksymalnemu zaangażowaniu pacjenta oraz regularnym powtarzaniu ćwiczeń. Wypracowanie nawyków prawidłowej postawy ciała, a także wzorców ruchowych daje mniejsze prawdopodobieństwo nawrotu choroby [38,39,40].

Rozpatrując formy terapii dolnego odcinka kręgosłupa należy wspomnieć o programie diagnozy i terapii opracowanej przez Robina McKenziego. Metoda McKenzie skierowana jest do osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa o pochodzeniu mechanicznym, które najprawdopodobniej zostały wywołane długotrwałym obciążeniem statycznym. Wspomniany program terapeutyczny stosuje się również przy zaburzeniach strukturalnych w obrębie krążka międzykręgowego, ucisku na korzeń nerwowy bądź nerw. Metoda McKenziego opiera się na rozbudowanej części diagnostycznej i terapeutycznej oraz stosowaniu indywidualnie dobranych do przypadłości chorego ćwiczeń. Po odpowiedniej edukacji pacjent jest w stanie przeprowadzić autoterapię. Zwalcza się tym samym pierwotną przyczynę bólu, a nie tylko obecne dolegliwości bólowe [41].




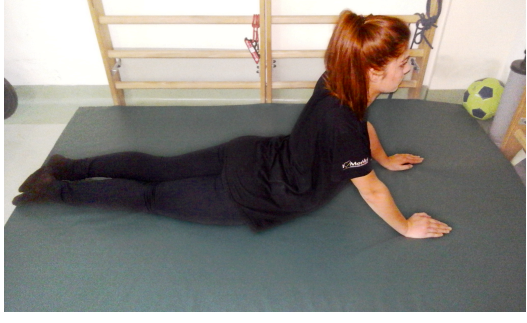
Inną formą leczenia kinezyterapeutycznego jest stosowanie terapii manualnej. Dana metoda polega na wykonywaniu manipulacji bądź mobilizacji w obrębie zajętego chorobowo odcinka

kręgosłupa. Terapia manualna ma na celu rozpoznanie funkcjonalnych zmian w budowie struktur przykręgosłupowych, a także, za pomocą specjalnych technik manipulacyjnych, poprawę gry stawowej stawów w obrębie kręgosłupa (Tabela III). Celem użycia tej formy leczenia jest odtworzenie prawidłowych wzorców postawy ciała oraz przywrócenie statyki miednicy. Wprowadzone są tu elementy autoterapii poprzez wykonywanie ruchów czynnych w zakresie nieprowadzącym do odczuwania bólu. Do metod terapii manualnej zaliczamy: Cyriax'a, Kaltenbourn, Mulligana oraz Ackermana [42].

Tabela. III Przykłady ćwiczeń stosowanych w schorzeniach odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. (Dokumentacja fotograficzna autorska.)

	Pozycja wyjściowa	Sposób wykonania ćwiczeń
1.	 <p>Fot. 1. Pozycja wyjściowa nr. 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na plecach, - Kończyny górne wzdłuż tułowia, - Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, - Stopy płasko ustawione na podłożu. 	 <p>Fot. 2. Ćwiczenie nr. 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wdech nosem, - Wydłużony wydech ustami i jednocześnie dociśnięcie całego kręgosłupa do podłoża, - Utrzymanie pozycji przez 5sek., następnie rozluźnienie.
2.	 <p>Fot. 3. Pozycja wyjściowa nr. 2.</p>	 <p>Fot. 4. Ćwiczenie nr. 2.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na plecach, - Kończyny górne wzdłuż tułowia, - Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, - Stopy płasko ustawione na podłożu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Założenie jednej kończyny dolnej zgiętej w stawie biodrowym i kolanowym na drugą, - Oburęczne przyciągnięcie drugiej kończyny dolnej do brzucha, bez odrywania głowy od podłoża, - Utrzymanie pozycji przez 5sek., następnie powrót do pozycji wyjściowej.
<p>3.</p>	<p>Fot. 5. Pozycja wyjściowa nr. 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na plecach, - Kończyny górne wzdłuż tułowia, - Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, - Stopy płasko ustawione na podłożu. 	<p>Fot. 6. Ćwiczenie nr. 3.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unoszenie miednicy z jednoczesnym dociskaniem kończyn górnych do podłoża, - Wdech, - Utrzymanie pozycji przez 5sek. następnie powrót do pozycji wyjściowej.
<p>4.</p>	<p>Fot. 7. Pozycja wyjściowa nr. 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na plecach, 	<p>Fot. 8. Ćwiczenie nr. 4.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Naprzemienne przemieszczanie

	<ul style="list-style-type: none"> - Kończyny górne wzdłuż tułowia, - Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, - Stopy płasko na podłożu. 	<p>złączonych kończyn dolnych, raz w jedną, raz w drugą stronę tułowia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pomiędzy przejściami powrót do pozycji wyjściowej.
5.	 <p>Fot. 9. Pozycja wyjściowa nr. 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na plecach, - Lewa kończyna dolna zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, - Stopa założona powyżej stawu kolanowego przeciwnej kończyny dolnej wyprostowanej, - Prawa kończyna górna obejmuje lewy staw kolanowy, - Lewa kończyna górna ułożona po skosie na podłożu. 	 <p>Fot. 10. Ćwiczenie nr. 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utrzymanie pozycji wyjściowej przez 30 s, - Wydech, - Rozluźnienie.
6.	 <p>Fot. 11. Pozycja wyjściowa nr. 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leżenie na brzuchu, - Kończyny górne zgięte w stawach 	 <p>Fot. 12. Ćwiczenie nr. 6.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wyprost w stawach łokciowych, - Przeprost w odcinku lędźwiowym

	<p>łokciowych i ramiennych,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kończyny górne oparte o podłoże na wysokości stawów barkowych. 	<p>kręgosłupa,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miednica przytwierdzona do podłoża, - Utrzymanie pozycji przez 5 s.
<p>7.</p>	<p>Fot. 13. Pozycja wyjściowa nr. 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klęk podparty, - Kończyny dolne rozstawione na szerokości stawów biodrowych, - Przybliżenie kolców biodrowych przednich górnych do ud. 	<p>Fot. 14. Ćwiczenie nr. 7.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Przyciągnięcie brody do mostka, - Wdech, - Zaokrąglenie pleców. Wygięcie łukowato kręgosłupa w górę, - Wydech i powrót do pozycji wyjściowej.
<p>8.</p>	<p>Fot. 15. Pozycja wyjściowa nr. 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klęk podparty, - Kończyny dolne rozstawione na szerokości stawów biodrowych. 	<p>Fot. 16. Pozycja wyjściowa nr. 8.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unoszenie w tył wyprostowanej w stawie biodrowym i kolanowym kończyny dolnej, - Utrzymanie pozycji przez 5 s, - Powrót do pozycji wyjściowej, - Rozluźnienie, - Zmiana ćwiczącej kończyny

9.		dolnej. 
	<p>Fot. 17. Pozycja wyjściowa nr. 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klęk podparty, - Kończyny dolne rozstawione na szerokości stawów biodrowych. 	<p>Fot. 18. Ćwiczenie nr. 9.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wciągnięcie brzucha, - Powolne przejście do ukłonu japońskiego. Siad na piętach, - Maksymalne wyprostowanie kończyn górnych.

Zabiegi z zakresu fizykoterapii

Fizykoterapię w każdym przypadku należy traktować jako metodę uzupełniającą w terapii leczenia bólów krzyża. Nigdy nie stanowi jedynej formy leczenia dolegliwości odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa. Podstawą w danej formie leczniczej jest znajomość wszystkich wskazań i przeciwwskazań, a także skuteczności działania każdego rodzaju terapii. Zabiegi z zakresu fizykoterapii działają przeciwbólowo, przeciwzapalnie, rozluźniają napięcie mięśni przykręgosłupowych, stosowane są również jako przygotowanie do ćwiczeń. Dodatkowo przyczyniają się do poprawy lokalnego ukrwienia [43].

Najczęściej stosuje się zabiegi z zakresu elektroterapii, działające przeciwbólowo i zmniejszające napięcie mięśni. Ich mechanizm działania polega na stymulowaniu zakończeń włókien czuciowych i ruchowych, układu autonomicznego bądź bezpośrednio włókien mięśniowych. Do zabiegów z zakresu elektroterapii zaliczamy m. in.: przez skórną stymulację elektryczną nerwów – TENS, prądy Träberta, jonoforezę, galwanizację, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne [44,45,46].

Ultradźwięki stosowane w przewlekłym bólu krzyża stanowią dobrą bazę do mobilizacji tkanek miękkich, powodując ich głębokie przegrzanie. Przyczyniają się także do zmniejszenia napięcia mięśniowego oraz poprawy rozciągliwości tkanek łącznych. Dochodzi do

mikromasażu tkanek, wywołanego w efekcie dostarczenia bodźców mechanicznych przez energię ultradźwiękową [45].

Magnetoterapia, ze szczególnym wskazaniem na magneto stymulację, może być formą zastępczą do leczenia niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ) w przewlekłych bólach dolnego odcinka kręgosłupa. Stanowi wtedy wsparcie do leczenia kinezyterapeutycznego [47].

Zabiegi termoterapii znalazły zastosowanie jako forma wspomagająca przed aktywnością fizyczną w przewlekłych bólach krzyża. Choć ich efekt jest krótkotrwały, to zmniejszają natężenie bólu i miejscowe napięcie mięśni. Przyczyniają się do poprawy obwodowego przepływu krwi przez tkanki miękkie oraz powodują zmniejszenie dolegliwości bólowych w obrębie odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa. Atutem zabiegów z zakresu termoterapii jest możliwość wykonywania ich w domu (m. in.: maty rozgrzewające, lampy, ciepłe okłady).

Krioterapia została uznana za skuteczną metodę terapeutyczną, gdyż zmniejsza reakcję zapalną, natężenie bólu, miejscowe napięcie mięśniowe oraz posiada właściwości głębokiej penetracji do tkanek. W leczeniu wykorzystywane są nadmuchi parami ciekłego azotu, dwutlenku węgla, schłodzonym powietrzem bądź okłady z lodu [48].

Ponadto rozluźnieniu mięśni przykręgosłupowych sprzyja stosowanie zabiegów z zakresu hydroterapii. Zaliczamy tu m. in.: kąpiel perełkową lub masaż podwodny [37].

Lecnicze działanie masażu

Masaż wykazuje pozytywne działanie u chorych, u których występuje znaczne napięcie mięśni przykręgosłupowych, w szczególności w przewlekłym etapie choroby. W dolegliwościach bólowych odcinka krzyżowo-lędźwiowego stosuje się masaż klasyczny, segmentarny oraz relaksacyjny. Masaż segmentarny jest formą leczniczą często wykorzystywaną w schorzeniach przeciążeniowych odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa. W pierwszej części zabiegu pacjent znajduje się w pozycji leżącej na plecach, i wykonywany jest zabieg w obrębie kręgosłupa, grzbietu, kości krzyżowej oraz pośladków. W drugim etapie chory przyjmuje pozycję siedzącą i są masowane grzebienie biodrowe, mięśnie biodrowo-lędźwiowe, a także wykonywane jest wstrząsanie miednicy.

Lecznicy efekt w dużej mierze uzależniony jest od doświadczenia masażyisty, siły z jaką wykonuje zabieg, jego techniki, pozycji pacjenta, a także obszaru objętego zabiegiem. Taka forma lecznicza może mieć pozytywny wpływ na psychikę pacjenta, który odczuwa bezpośredni kontakt z terapeutą podczas zabiegu.

Masaż wpływa na zwiększenie ruchomości kręgosłupa. W schorzeniach przeciążeniowych powoduje regenerację i rozluźnienie mięśni, prowadzi do zmniejszenia bólu i nasilenia objawów klinicznych. A także odgrywa ważną rolę w profilaktyce leczenia dolegliwości odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa. Użycie danej formy terapii przyczynia się do zmniejszenia użycia leków przeciwbólowych [49,50].

Wszelkie schorzenia przebiegające z gorączką w etapie ostrym dolegliwości, znamiona i choroby skórne, nowotwory, niewydolność krążeniowa, zapalenia żył stanowią przeciwwskazania do wykonywania masażu.

Metoda Watsu – stanowi jedną z najnowszych metod rehabilitacji ruchowej. Zaliczana jest do grupy metod relaksacyjnych, którą przeprowadza się w środowisku wodnym. Obecnie na całym świecie coraz bardziej popularne stają się metody, które wykorzystują dobroczynny wpływ środowiska wodnego na organizm ludzki. Istnieją liczne dowody naukowe potwierdzające wiele korzyści płynących z zabiegów z zakresu hydroterapii. W odróżnieniu od bardziej popularnych zabiegów, takich jak na przykład kąpiel perełkowa czy też wirowa, Watsu wprowadza więcej tak zwanego czynnika ludzkiego do całej terapii. Dzięki temu staje się doskonałym rozwiązaniem dla realizacji potrzeb i oczekiwań pacjenta. Metoda stanowi system ćwiczeń połączonych z mobilizacjami, stretchingami oraz elementami masażu wykonywanych na pacjencie wówczas gdy jest on unoszony przez wodę. Temperatura wody waha się w granicach 33°C a 35°C. Ciepło wody jest jednym z ważniejszych czynników, który wpływa na efekt terapeutyczny. Wykonywane przez fizjoterapeuty techniki w połączeniu z fizycznymi właściwościami ciepłej wody powodują głęboki relaks. Watsu wpływa na każdą sferę życia i funkcjonowania pacjenta, doskonale przeciwdziałając czynnikowi stresu [51,52,53,54].

Podsumowanie

Zespoły bólowe kręgosłupa, a w szczególności odcinka krzyżowo-lędźwiowego to jeden z najpopularniejszych współczesnych problemów medycznych. Schorzenie to dotyka coraz

młodszych pokoleń, a jego skutkiem może być izolacja społeczna oraz depresja. Brak aktywności fizycznej, a także siedzący tryb życia należą do głównych przyczyn dolegliwości bólowych w odcinku krzyżowo-lędźwiowym kręgosłupa.

Najczęściej zmiany chorobowe w obrębie danego segmentu spowodowane są zmianami zwyrodnieniowo-przeciążeniowymi. Jednym z najważniejszych etapów procesu terapii chorego jest trafne postawienie diagnozy. Poznanie genezy bólów kręgosłupa pozwala opracować kompleksowy program terapeutyczny. Jedynie prawidłowe połączenie farmakoterapii, kinezyterapii, fizykoterapii, oraz masażu może przynieść zamierzony efekt leczniczy. Celem terapii jest poprawa zakresów ruchomości w objętym chorobowo odcinku kręgosłupa, zmniejszenie bólu, a także odczucie komfortu przez pacjenta w czynnościach dnia codziennego. Ważnym elementem procesu leczniczego jest zaangażowanie i sumienna współpraca pacjenta z personelem medycznym.

Dolegliwości bólowe odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa to problem medyczny, który ma charakter powracający. Dlatego kluczowe jest wypracowanie z pacjentem prawidłowych nawyków życia codziennego. Ponadto dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa to poważny problem ekonomiczny, społeczny, a także zawodowy. Zastosowanie indywidualnie dobranego, kompleksowego postępowania fizjoterapeutycznego powoduje zmniejszenie bądź zniesienie dolegliwości bólowych, a także poprawę ruchomości kręgosłupa, bezpośrednio wpływając na poprawę jakości życia. Długotrwałe utrzymanie efektów leczenia uzależnione jest od zaangażowania i sumienności pacjenta w realizacji zaleceń zespołu terapeutycznego. Równoległe z edukacją ruchową realizowana powinna być właściwa psychoterapia, zwłaszcza w zespołach bólowych kręgosłupa przewlekłych czy przebiegających z istotnym udziałem psychogennych zmian czynnościowych. Konieczna jest też edukacja chorego w zakresie samopomocy w przypadku kolejnego zaostrzenia się dolegliwości bólowych kręgosłupa. Takie postępowanie ogranicza nawroty zaostrzenia objawów chorobowych i stanowi właściwą profilaktykę chroniącą przed wystąpieniem przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa.

Bibliografia

1. Żukiel R., Nowak S., Jankowski R., Sokół B.: Postęp w leczeniu bólów lędźwiowo-krzyżowych i rwy kulszowej na przestrzeni wieków. *Neuroskop*, Poznań 2010; 12, 110-111, 112.
2. Grzegorzczak J.: Współczesne poglądy na temat rehabilitacji w bólach krzyża. *Prz. Med. Uniw. Rzesz*, Rzeszów 2005; 2, 181-187.
3. Bugajska J., Jędryka-Góral A., Gasik R., Żołnierczyk-Zreda D.: Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy*, 2011; 62(2), 153-160.
4. Warchoń-Sławińska E., Mazurkiewicz P., Włoch K., Bojar I.: Rola fizjoterapeuty w rehabilitacji chorób kręgosłupa lędźwiowego u osób leczonych w szpitalu i sanatorium. *Probl Hig Epidemiol.*, 2007; 88(2), 221-223.
5. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka. Tom I.* Wyd. Lekarskie PZWL, 2010; 219-254.
6. Gzik M., Jozsko K., Wodarski P., Pieniążek J.: Badania modelowe zjawisk dynamicznych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa człowieka. *Aktualne Problemy Biomechaniki*, 2013; 53-57.
7. Czenczek-Lewandowska E., Przysada E., Brotoń K., Leszczak J., Rykała J., Podgórska-Bednarz J.: Wpływ rehabilitacji na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa. *Medical Review*, Rzeszów 2013; 243-252.
8. Zembaty A.: *Kinezyterapia Tom I.* Wyd. Kasper Sp. z o.o., Kraków 2002.
9. Roch-Radziszewski K.: Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operowanych. *Postępy psychiatrii i neurologii*, Bydgoszcz 2006; 15(2), 77-80.
10. Kułak W., Kondzior D.: Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl Hig Epidemiolog.*, 91(1), 153-157.
11. Wpływ stresu na bóle kręgosłupa. <http://rehmedis.pl/stres-bol-kregoslupa.html> (data pobrania 03.09.2016)
12. Domżał T.M.: Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża – standardy i zalecania. *Polski Przegląd Neurologiczny*, Warszawa 2010; 69(2), 59-69.

13. Wójcik A., Martowicz B.: Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. THINK studenckie naukowe czasopismo internetowe, 2010; 2, 50-62.
14. Świątkot J.: Bóle krzyża – etiologia, diagnostyka, leczenie. Przewodnik lekarza, Wrocław 2006; 2, 86-98.
15. Sienkiewicz J.: Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona, Roche, Warszawa 2007.
16. Lazarus R.S.: Coping theory and research: past, present, and future. [w:] Psychosomatic Medicine, 1993; 244.
17. Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] Jednostka w społeczeństwie elementy psychologii stosowanej. Psychologia. Podręcznik akademicki. J. Strelau (red.). Gdańsk 2000; 465-492.
18. Heszen I.: Psychologia stresu. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013.
19. Borkowski J.: Radzenie sobie ze stresem, a poczucie tożsamości. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2001.
20. Selye H.: The Stress Concept: Past, Present and Future. [w:] Research Issues for the Eighties. Cooper, C.L., Ed (red.). Stress John Wiley & Sons, New York 1983; 1-20.
21. Bargiel Z.: Stres – problem otwarty. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 1997.
22. Kitajew- Smyk L.A.: Psychologia stresu. Wrocław, Ossolineum 1989.
23. Selye H.: Stres okiełznany. Wydawnictwo PIW, Warszawa 1978.
24. Łosiak W.: Subiektywny obraz choroby u pacjentów. [w:] Zmagając się z chorobą nowotworową. Kubacka-Jasiecka D (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 74.
25. Steuden S., Okła W.: Jakość życia w chorobie, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.
26. Steuden S.: Schizofrenia jest nie tylko chorobą. [w:] Refleksje nad godnością człowieka. Królikowska A., Mank Z. (red.). Wydawnictwo WAM, Kraków 2007; 53-56.
27. Krasuski M.: Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa. Rehabilitacja Medyczna, 2005; 9 (3), 19-25.
28. Corruble E., Guelfi J.D.: Pain complaints in depressed inpatients. Psychopathol. 2000; 33, 307-309.

29. Currie S.R., Wang J.: Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 2004; 107, 54-60.
30. Rush A.J., Polatin P., Gatchel R.J.: Depression and chronic low back pain. Establishing priorities in treatment. *Spine* 2000, 25; 20, 2566.
31. Długosz M.: Modelowanie i analiza kręgosłupa ludzkiego w kontekście badań wad postawy i klasyfikacji bólów krzyża. *Pomiary Automatyka Robotyka*, 2011; 15(12), 97-99.
32. Hendrich B., Bładowska J., Sasiadek M.: Znaczenie badań obrazowych w diagnostyce nieurazowych zespołów bólowych kręgosłupa. *Polski Przegląd Neurologiczny*, Wrocław 2010; 6(2), 92-100.
33. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 19(1), 47-54.
34. Kużdżała A., Kiss T., Szczygieł A., Guzy G., Ridan T.: Atlas rehabilitacji ruchowej. Wydawnictwo FORUM Sp. z o.o., Poznań 2009.
35. Tittinger T., Bojczuk T., Przysada G.: Ocena skuteczności testów klinicznych w diagnostyce dyskopatii lędźwiowego odcinka. *Young Sport Science*, Ukraine 2010; 183-188.
36. Dziak A.: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*, Kraków 2007.
37. Helbin J., Kolarzyk E.: Czynniki fizykalne wykorzystywane w metodach leczenia uzdrowiskowego. *Probl Hig Epidemiolog.*, 2006; 37(3), 166-171, 2, 21.
38. Depa A., Wolan A., Przysada G.: Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołem bólowym w odcinku lędźwiowym. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.*, Rzeszów 2008; 2, 116-123.
39. Pyskło B., Styczyński T., Gasik R.: Przyczyny nawrotów zespołów bólowo-korzeniowych u chorych leczonych chirurgicznie z powodu przepuklin dyskowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Reumatologia*, 2008; 58, 3, 125-128.
40. Bojczuk T., Przysada G., Strzępek Ł.: Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.*, Rzeszów 2010; 1, 66-72.
41. Probachta M., Bejer A., Sochacki A.: Ocena stanu funkcjonalnego oraz stopnia nasilenia bólu u pacjentów ze stwierdzoną dyskopatią dolnego odcinka kręgosłupa

- leczonych wg metody McKenziego oraz wg standardów postępowania w bólach krzyża. *Young Sport Science, Ukraine* 2011; 227-231.
42. Godek P.: Fakty i mity „nastawiania dysku”. *Towarzystwo Osteopatów Polskich*, 2010; 1-7.
43. Płaskiewicz A., Kałużny K., Kochański B., Płoszaj O., Lulińska-Kuklik E., Weber-Rajek M., Zukow W.: Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Journal Education, Health and Sport*, 2015; 5(5), 11-18.
44. Zaniewska R., Okurowska-Zawada B., Kułak W., Domian K.: Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przezskórnej elektrycznej stymulacji – TENS. *Medycyna Pracy*, 2012; 63(3), 295-301.
45. Szulkowska K., Fronczek M., Szrajber B., Kujawa J.: Porównawcza ocena skuteczności przeciwbólowej prądów interferencyjnych, ultradźwięków i terapii łączonej obu metod u chorych z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego w przebiegu choroby zwyrodnieniowej. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.*, Rzeszów 2010; 4, 419-429.
46. Domżał T.M.: Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża-stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna? *Pol. Przegl. Neurol.*, Warszawa 2007; 3(4), 216-227.
47. Pasek J., Kwiatek P., Pasek T., Szajkowski S., Szewc A., Sieroń A.: Zastosowanie pola magnetycznego oraz promieniowania optycznego w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa, w szczególności rwy kulszowej. *Aktualności Neurologiczne*, 2012; 65-68.
48. Giemza C., Gajda K., Ostrowska B., Skrzek A.: Krioterapia ogólnoustrojowa w zespołach bólowych dolnego odcinka kręgosłupa- doniesienie wstępne. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna*, 2012; 18(3), 189-190.
49. Ćwierlej A., Ćwierlej A., Gregorowicz-Cieślik H.: Masaż klasyczny i aromaterapeutyczny w bólach kręgosłupa. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.*, Rzeszów 2015; 366-370.
50. Ćwierlej A., Ćwierlej A., Maciejczak A.: Efekty masażu leczniczego w terapii bólów kręgosłupa. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.*, Rzeszów 2007; 3, 253-257.
51. Zagórska T.: Watsu – nowy wymiar rehabilitacji w wodzie. *RwP.*, 2008; 3, 44-45.

52. Kłoda M., Domośławska K., Grzegorzewska J., Białoszevska., Kaca-Oryńska M.: Współczesne metody prowadzenia ćwiczeń w środowisku wodnym. Med. Dydakt. Wychow., 2009; 41(3), 18-19.
53. Weber-Nowakowska K., Gebska E., Żyniewska-Banaszak E.: Watsu – nowoczesna metoda znajdująca zastosowanie w fizjoterapii, odnowie biologicznej i sporcie. Roczn. Pomor. Akad. Med., 2013; 59(1), 100-102.
54. Bulińska k., Koszczyc M.: Wzory relaksacji w edukacji zdrowotnej uczniów późnej dorosłości na przykładzie uniwersytetu trzeciego wieku AWF we Wrocławiu. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2014; 45, 48-53.

Dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa

Natalia Agnieszka Walkowiak¹

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierunek Fizjoterapia

Wprowadzenie

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa stały się w dzisiejszych czasach epidemią, w tym jedną z głównych przyczyn zgłaszania się do lekarza rodzinnego [1,2]. Według analiz przeprowadzonych na terenie Polski, za Koszewski [3], aż 70% badanych chociaż raz w życiu zmagало się z bólem kręgosłupa. Natomiast według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z 2015 roku abstynencja z powodu zmiany zwyrodnieniowych kręgosłupa (M47) w I półroczu 2014 roku wynosiła 2.309,6 tys., zaś w I półroczu 2015 roku – 2.395,9 [4].

Przyczyn zespołów bólowych kręgosłupa może być wiele, w tym siedzący tryb życia, nadmierna masa ciała, niewłaściwa ergonomia pracy, czy też zmiany patologiczne całego segmentu ruchowego kręgosłupa [1,2].

W literaturze przedmiotu [5,6] podkreśla się, iż dolegliwości związane ze schorzeniami odcinka lędźwiowo-krzyżowego stanowią nie tylko problem natury medycznej, ale także psychicznej i społecznej. W większości przypadków pacjent jest zmuszony do zmiany dotychczasowego trybu życia, a nawet charakteru wykonywanej pracy. Choroba może także uniemożliwić realizację postawionych celów, uprawiania ulubionych sportów, a nawet może ograniczyć samodzielne funkcjonowanie [5,6].

Łagodząco na dolegliwości bólowe kręgosłupa, poprawę koordynacji, ogólnej kondycji, wzmocnienie mięśni stabilizujących szkielet osiowy, a także na samopoczucie i pewność siebie osoby chorej, najlepiej wpływa aktywność fizyczna [7]. W związku z tym leczenie pacjenta obejmuje przede wszystkim rehabilitację (krótko i długoterminową), przygotowującą pacjenta do codziennego funkcjonowania oraz zapobieganie popełnianym wcześniej błędom, które doprowadziły do rozwoju choroby. Bardzo ważne w postępowaniu rehabilitacyjnym jest

odpowiednie dobranie aktywności fizycznej w zależności od zgłaszanych dolegliwości, predyspozycji osobniczych, a także cech charakteru pacjenta. Istotnym elementem jest także farmakoterapia oraz psychoterapia [1].

Budowa kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym

Kręgosłup stanowi szkielet osiowy człowieka, położony centralnie po grzbietowej stronie ciała [8,9]. Zbudowany jest z 33 lub 34 kręgów leżących jeden na drugim, podzielonych na 5 części. Najwyżej położoną częścią jest odcinek szyjny (7 kręgów), następnie odcinek piersiowy (12 kręgów), odcinek lędźwiowy i krzyżowy (po 5 kręgów) oraz kość guziczna zbudowana w zależności od cech osobniczych (4 lub 5 kręgów). Kręgi spojone są ze sobą krążkami i stawami międzykręgowymi oraz dużą ilością więzadeł [8, 9].

Kręgi lędźwiowe zbudowane są z trzonów o nerkowatym kształcie oraz płaskich powierzchniach górnych i dolnych [8,10,11]. Kształt przestrzeni otworów międzykręgowych jest trójkątny. Kręgi w odcinku lędźwiowym są duże i masywne. Piąty kręg jest inny niż pozostałe, ponieważ kształtem przypomina klin, a jego trzon w przedniej części jest wyższy niż w części tylnej [8,11]. Łuk kręgowy jest masywny, płaski i rozszerzający się ku tyłowi. Od trzonu i łuku odchodzą wyrostki poprzeczne stanowiące szczątki żeber lędźwiowych. Wyrostki poprzeczne mogą mieć różną budowę w zależności od kręgu na którym występują, a ich wielkość zwiększa się od pierwszego do trzeciego kręgu, następnie znów maleje. Na ogół wyrostki poprzeczne są płaskie, wąskie i odchylone ku tyłowi. Od łuku kręgowego ku tyłowi odchodzą wyrostki kolczyste, które nieco zaginają się ku dołowi. Wyrostki stawowe górne, skierowane są w tył i przyśrodkowo, mają wklęsłą powierzchnię, natomiast wyrostki stawowe dolne, skierowane są w przód i w bok, mają wypukłą powierzchnię. Po stronie bocznej wyrostków stawowych górnych leży wyrostek suteczkowaty, który jest miejscem przyczepu mięśni głębokich grzbietu [8,11].

Kość krzyżowa utworzona jest z pięciu kręgów krzyżowych. Kształtem przypomina trójkąt zwężający się ku dołowi. Jej wierzchołek łączy się z kością guziczną, a podstawa – stawowo z piątym kręgiem lędźwiowym. Na powierzchni tylnej i przedniej znajdują się 4 pary otworów krzyżowych, przez które przebiegają gałęzie nerwów rdzeniowych S1-S4. Boczne części kości krzyżowej stanowią połączenie z kośćmi miednicy tworząc staw krzyżowo-biodrowy.

Kanał kręgowy ciągnie się od podstawy do wierzchołka w okolicy, którego tylna ściana kanału może być niepełna [11].

Kręgi łączą się ze sobą za pomocą chrząstkozrostów – pomiędzy trzonami sąsiadujących kręgów i stawów – pomiędzy wyrostkami stawowymi kręgów oraz za pomocą więzadeł. Typowe kręgi posiadają 4 połączenia stawowe (2 górne i 2 dolne) oraz 2 chrząstkozrosty (po jednym na dole i po jednym na górze, między sąsiadującymi kręgami) [11].

Każdy chrząstkozrost posiada krążek międzykręgowy, który można podzielić na dwie części [11]:

- pierścień włóknisty – zbudowany z pierścieni kolagenowych ułożonych dośrodkowo, otaczających szerszą strefę chrząstki włóknistej,
- jądro miażdżyste – zbudowane z galaretowatej substancji amortyzującej siły nacisku, stanowiące centrum krążka międzykręgowego.

Połączenia stawowe między sąsiadującymi kręgami nazywa się stawami międzykręgowymi [11].

Najsilniej rozwinięte więzadła łączące ze sobą kręgi lędźwiowe to: więzadła żółte, międzykolcowe i nadkolcowe [8,11].

Struktury łączące piąty kręgi lędźwiowy z kością krzyżową są takie same jak w przypadku połączeń między kręgami prawdziwymi [9,12,13,14]. W połączeniu tym wyróżnia się [9,14]:

- krążek międzykręgowy
- stawy międzykręgowe tworzone przez wyrostki stawowe
- więzadła międzykolcowe, nadkolcowe, żółte, przedłużenie więzadła podłużnego tylnego i przedniego
- dodatkowy element wzmacniający - więzadło biodrowo-lędźwiowe [9,13,14].

Odcinek lędźwiowo-krzyżowy kręgosłupa jest szczególnie narażony na przeciążenia, co wynika z dwunożnej postawy ciała oraz wykonywania wielu czynności w pozycji stojącej [13,14,15].

Kręgosłup lędźwiowy zapewnia osiowe usztywnienie części brzusznej tułowia, umożliwia mobilność pomiędzy klatką piersiową i miednicą oraz jest miejscem przyczepu dla niektórych mięśni brzucha i grzbietu [16].

Siły, które działają w obrębie kręgosłupa dzieli się na [17].:

- wewnętrzne – tzw. siły napięcia mięśniowego,
- zewnętrzne – czyli grawitację i siły powstające w wyniku innych czynników zewnętrznych.

Z biomechanicznego punktu widzenia kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy jest szczególnie narażony na przeciążenia w przypadku skłonów w przód przy wyprostowanych kończynach dolnych.

Dostosowanie się kręgosłupa do roli podpory wyraża się [18]:

- wzrastającą (w kierunku doogonowym) masywnością budowy poszczególnych kręgów,
- budową kręgosłupa w płaszczyźnie poprzecznej dającą kombinację dwóch figur geometrycznych (walec utworzony przez trzony kręgów oraz trójramienna belka w kształcie litery T w obrębie elementów łuków kręgów),
- zwiększenie jego odporności na naciski osiowe fizjologiczne krzywizny strzałkowe kręgosłupa, przypominające esowato wygiętą belkę.

Decydujące znaczenie w przenoszeniu sił i nacisków odgrywają jądra miażdżyste, których centrum stanowi oś ruchów pojedynczych kręgów [19,20].

Ruchomość kręgosłupa mimo niewielkiej jednostkowo możliwości motorycznej, jest spora, za zakres ruchów poszczególnych segmentów ruchowych uzależniony jest od: elastyczności krążków międzykręgowych i mięśni przykręgosłupowych oraz budowy wyrostków stawowych i aparatu torebkowo-więzadłowego [21,22,23].

Na znaczny zakres ruchów zginania i prostowania, w mniejszym stopniu na zgięcia boczne i ruchy rotacyjne, zezwala ustawienie powierzchni stawowych w części lędźwiowej w płaszczyźnie strzałkowej [17].

Na ruchomość wpływają także parametry, takie jak np. wysokość krążków międzykręgowych (od 7 do 10 mm) [24]. Zakres ruchomości dla ruchu zgięcia i wyprostu, w płaszczyźnie strzałkowej, wynosi zazwyczaj 12° dla segmentu L1-L2 i wzrasta do ok. 17° w segmencie L5-S1 [25]. Pełen zakres ruchu zgięcia segmentów L1- L5 wynosi 60° , a wyprostnego 35° . Zgięcie boczne w płaszczyźnie czołowej jest bardziej ograniczone i średnio na jeden segment w części lędźwiowej kręgosłupa przypada po 8° ruchomości. Najmniejsza ruchomość w tej płaszczyźnie występuje w segmencie L5-S1 (3°) [25]. Niewielki zakres ruchomości

kręgosłupa (na każdy segment od L1 do L5 przypadają średnio 2°) dotyczy płaszczyzny poprzecznej (ruchy rotacyjne) [26]. Adams i wsp. [27] podkreślają, że zakres zgięcia w dolnej części kręgosłupa wykazuje zmienność dobową (rano jest o 5-6° większy niż w godzinach wieczornych), co wiąże się ze zwiększoną hydratacją krążków międzykręgowych we wczesnych godzinach rannych.

Właściwości biomechaniczne wszystkich struktur kręgosłupa, które są poddawane ciągłym przeciążeniom, zmieniają się wraz z wiekiem i postępującym procesem zwyrodnieniowym, co wpływa niekorzystnie na wytrzymałość oraz zakresy ruchomości tułowia [28].

Największe obciążenie kręgosłupa występuje wtedy, im bardziej kąt zgięcia tułowia zbliża się do wartości 90 stopni [29,30]. Dodatkowym czynnikiem predysponującym do przeciążeń kręgosłupa jest dźwiganie przedmiotów w wyżej opisanej pozycji, z uwagi na fakt, iż struktury tej okolicy muszą zrównoważyć moment ciężkości wynoszący 62% całkowitej masy ciała. Do dysfunkcji odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa dochodzi przy nagłym urazie, gdzie nie zrównoważona siła przewyższa wytrzymałość tkanek lub w wyniku przewlekłego przeciążenia spowodowanego powtarzaniem danej czynności [31, 32, 33, 34, 35].

Adams i wsp. [31] podają, iż wytrzymałość trzonów kręgow, które zostały poddane dziesięciu cyklom obciążeń, ulega zmniejszeniu o 30%, a po 5000-krotnym powtórzeniu obciążenia – obniża się do 50% wartości pierwotnej.

Etiopatogeneza zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa

W literaturze przedmiotu, w zależności od lokalizacji i rodzaju patologii, wyróżnia się następujące kategorie bólu kręgosłupa [33,34]:

- ból statyczno-mięśniowy – następstwo długotrwałego lub nieprawidłowego obciążenia kręgosłupa związanego z przeciążeniem i rozciągnięciem jego struktur,
- ból reflektoryczno-mięśniowy – skutek odruchowego napięcia mięśni, które jest wywołane podrażnieniem korzeni nerwowych,
- ból oponowy – charakter ostry, występuje przy uszkodzeniu lub osteoporozie kręgow,
- ból wegetatywny – wynika z drażnienia włókien sympatycznych.

Dziak zróznicował rodzaje dolegliwości w dolnej części kręgosłupa, uwzględniając struktury mogące stanowić miejsce wyjścia[35]:

- ból kostny – w wyniku podrażnienia receptorów okołonaczyniowych naczyń krwionośnych kości gąbczastej trzonów i łuków kręgów, występujący przy procesie patologicznym zlokalizowanym w kręgach, w wyniku uszkodzenia mechanicznego (złamania trzonów kręgów w przebiegu osteoporozy, osteomalacji, urazów lub choroby nowotworowej),
- ból mięśniowy, stawowy, więzadłowo-powięziowy – będący skutkiem podrażnienia chemicznego lub mechanicznego receptorów nocycyptywnych struktur około kręgosłupowych (torebki stawowe, ścięgna, rozciągna, więzadła),
- ból naczyniowy – następstwo podrażnienia mechanicznego, konsekwencja zastoju i rozdęcia żył spowodowanego podniesionym ciśnieniem żylnym w obrębie jamy brzusznej i klatki piersiowej, zakończeń nerwowych zlokalizowanych w ścianach kręgowych splotów żylnych,
- ból neurologiczny - wtórny, powstający na skutek dysfunkcji nerwów łączących rdzeń kręgowy z obwodowym systemem receptorów tkanek okołokręgosłupowych,
- ból oponowy – związany z uciskiem na przednią część opony twardej.

Zespoły przeciążeniowe dolnego odcinka kręgosłupa

Zespoły przeciążeniowe dolnego odcinka kręgosłupa są coraz częstszym problemem zgłaszanym u lekarzy pierwszego kontaktu i są z reguły spowodowane wysiłkiem przekraczającym wytrzymałość elementów budujących i stabilizujących kręgosłup [36].

Tkanki stanowiące element budowy kręgosłupa ulegają nieustannym zmianom strukturalnym, a co za tym idzie także zmianom parametrów mechanicznych. Czynniki mającymi wpływ na zmianę tych parametrów mogą mieć: płeć, rasa, wiek, waga, rodzaj wykonywanej pracy, sposób spędzania wolnego czasu, przyzwyczajenia oraz także uwarunkowania genetyczne. Pojawienie się bólu dolnego odcinka kręgosłupa może być spowodowane: nadmiernym obciążeniem odcinka L-S funkcjonującego prawidłowo, normalnym obciążeniem odcinka L-S funkcjonującego nieprawidłowo lub nadmiernym obciążeniem odcinka L-S funkcjonującego nieprawidłowo [37].

Początkowe dolegliwości mogą mieć postać łagodną, jednak najczęściej dochodzi do coraz częstszych nawrotów oraz zaostrzeń dolegliwości bólowych, szczególnie podczas ciągłego powtarzania czynności wyzwalaających ból [36].

Zespół przeciążeniowy poprzez zaburzenia w pracy układu nerwowego oraz mięśniowego okolic dolnego odcinka kręgosłupa może doprowadzić do choroby zwyrodnieniowej tkanek kręgosłupa i do nieodwracalnych zmian w strukturze i w funkcjonowaniu odcinka L-S [38].

Choroba zwyrodnieniowa dolnego odcinka kręgosłupa

Jedną z przyczyn występowania bólów dolnego odcinka kręgosłupa może być rozwijająca się choroba zwyrodnieniowa [39]. Zmiany zwyrodnieniowe dotyczą głównie krążek międzykręgowy oraz stawy kręgosłupa łączące dwa sąsiadujące kręgi [40]. Krążek międzykręgowy jest strukturą zbudowaną z kolagenu, proteoglikanów i wody. Uszkodzenie krążka międzykręgowego doprowadza do zmniejszenia się zawartości wody i proteoglikanów, nawet po ukończonym procesie gojenia się. W wyniku tych zmian zmniejsza się stopień amortyzowania przeciążeń [41]. Odwodnienie krążków może prowadzić do rozluźnienia się więzadeł podłużnych i destabilizacji międzykręgowej, a w konsekwencji do zaburzenia pracy mięśni stabilizujących kręgosłup i narażenia kręgosłupa na duże obciążenia. Podczas postępowania choroby zwyrodnieniowej dochodzi do powstawania procesów naprawczych takich jak: tworzenie się osteofitów, przebudowa trzonów kręgów w celu zwiększenia powierzchni podparcia. Procesy naprawcze mogą także doprowadzać do zwężenia kanału kręgowego i kanałów korzeniowych [42].

Do objawów zmian zwyrodnieniowych zalicza się [39]:

- trzaski podczas ruchów kręgosłupa,
- ograniczenie ruchomości,
- ból w pozycji obciążającej odcinek lędźwiowo-krzyżowy,
- pogrubienie zarysu stawów,
- zanik mięśni stabilizujących kręgosłup.

W przebiegu choroby zwyrodnieniowej możemy wymienić trzy stadia [42]:

- stadium dysfunkcji – początkowy proces zwyrodnienia krążków międzykręgowych; niecharakterystyczny ból odcinka L-S,
- stadium destabilizacji – objawy przeciążenia kręgów, zmiany ruchomości kręgosłupa,

- okres restabilizacji – postępowanie zmian wytwórczych, ograniczenia ruchomości.

Najczęściej choroba zwyrodnieniowa dotyka poziomy L4-L5 oraz L5-S1 [39].

Przyczyną powstawania zmian zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa są kumulujące się mikrourazy, które powstają w wyniku przeciążeń elementów kostnych i stawowych, czyli najczęściej postępująca choroba przeciążeniowa kręgosłupa [40].

Zespoły neurogenne

W przypadku choroby przeciążeniowej kręgosłupa może dojść do powikłań neurologicznych [43,44].

Wyróżnia się dwa typy podrażnienia lub uszkodzenia tkanki nerwowej: zespół rdzeniowy i korzeniowy [43,43]. Najczęstszą przyczyną występowania zespołu korzeniowego jest ucisk wywołany przez przepuklinę krążka międzykręgowego – w dolnym odcinku kręgosłupa – ucisku korzeni nerwu kulszowego, czyli do tzw. rwy kulszowej. Dolegliwości bólowe mogą występować na całej długości nerwu kulszowego. Początkowo ból może obejmować tylko okolice krzyża, a następnie pośladek, tylną część uda, łydkę, a nawet stopę. Zbyt długi ucisk na korzenie nerwu kulszowego może spowodować zanik mięśni zaopatrywanych przez dany nerw [43,44].

Zwężenie kanału kręgowego może być spowodowane zmniejszeniem przestrzeni międzykręgowej w wyniku choroby zwyrodnieniowej, obrzęku okolicznych tkanek, występowaniem osteofitów oraz dysfunkcji krążka międzykręgowego [43,44]. Ucisk rdzenia kręgowego powoduje zaburzenia czucia, ale także może doprowadzić do porażenia kończyn dolnych. Niebezpiecznym następstwem ucisku rdzenia jest również dysfunkcja zwieraczy odbytu i pęcherza moczowego [43,44].

Groźnym powikłaniem ucisku nerwu jest także tzw. Zespół ogona końskiego. Spowodowany on jest uciskiem końcowej części rdzenia kręgowego. Objawami tego zespołu są [43,44]:

- niedowład wiotki kończyn dolnych,
- niemożność oddania moczu,
- nasilanie się dolegliwości bólowych przy rozciąganiu zajętych nerwów,
- zaburzenia czucia – typ „spodenek”.

Innymi przyczynami ucisku na korzenie nerwowe i rdzeń kręgowy mogą być guzy nowotworowe [43,44].

Badania kliniczne

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa są częstą dolegliwością i szacuje się, iż zdarza się on u 60–90% populacji w ciągu całego życia [45]. Zapadalność na ten rodzaj bólu wynosi 5% rocznie, natomiast chorobowość - około 16% [45].

Uważa się, iż bóle dolnego odcinka kręgosłupa są jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się do lekarza i tak np. według amerykańskich danych dotyczy 14,3% wizyt u lekarza, a bóle tego rodzaju zajmują piąte miejsce wśród wszystkich przyczyn zgłaszania się pacjentów do lekarza [45,46].

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa są tematem często poruszonym w literaturze medycznej, stanowią ogromny problem współczesnego społeczeństwa i szacuje się [46] iż nawet 90% osób może odczuwać je przynajmniej raz w życiu.

Uważa się [cyt. za 1], że 72% społeczeństwa polskiego przed 40. rokiem życia miało incydenty bólowe odcinka krzyżowo-lędźwiowego, a po 40. roku życia – 66% mężczyzn i 30% kobiet. Mechanizm powstawania choroby związany jest ze zmianami chorobowymi krążka międzykręgowego, stawów międzykręgowych oraz więzadeł kręgosłupa [1].

Według Depy i Drużbickiego [1] dolegliwości bólowe odcinka L-S kręgosłupa spowodowane są zmianami trybu życia obecnego społeczeństwa, takimi jak ograniczenie wysiłku fizycznego, siedzący tryb życia, nadwaga i otyłość, a także przyjmowanie nieprawidłowej postawy ciała podczas pracy czy odpoczynku.

Wyniki projektu WOBASZ [cyt. za 47] pokazały, że aż 50-60% dorosłych Polaków wykazuje zbyt małą aktywność fizyczną, w tym zwłaszcza kobiety, mieszkańcy dużych miast i osoby o niższym statusie socjoekonomicznym.

Badania przeprowadzone w roku 2011, przez TNS OBOP [48], w grupie 1.000 osób wykazały, że 52% Polaków nie uprawiało sportu i nie korzystało z żadnych form aktywności fizycznej – aktywny codziennie lub prawie codziennie był zaledwie co dziesiąty badany.

W badaniach Uz Tunkay i wsp. [49] którymi objęli 125 respondentów okazało się, iż 33,6% osób było względnie aktywnych, 39,2% minimalnie aktywnych, a 27,2% nie wykazywało żadnej aktywności fizycznej. Stwierdzono także, że najczęstszymi regionami z dolegliwościami bólowymi były odcinek: lędźwiowy kręgosłupa (51,2%), piersiowy kręgosłupa (51,2%) oraz szyjny kręgosłupa (48,8%) [49].

Drewiecki i wsp. [50] podkreślają, iż prawidłowo dobrana, systematyczna aktywność fizyczna pozwala na zmniejszenie nasilenia oraz częstości występowania dolegliwości bólowych.

W ostatnich latach siłownia jest coraz bardziej popularną formą aktywności fizycznej, pamiętać jednak należy, że każdy trening, zwłaszcza na siłowni powinien być umiędzony, uwzględniać aktualny stan kręgosłupa oraz właściwą kolejność ćwiczeń.

Dobrowolna i Hagner [51] w swoich badaniach nad epidemiologią zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek dowiodły, że na bóle dolnego odcinka kręgosłupa ma wpływ długotrwała pozycja stojąca oraz praca w zgięciu tułowia. Pozycja stojąca nie wpływa bezpośrednio na przeciążenie dolnego odcinka kręgosłupa, jednakże należy brać pod uwagę pośrednie działanie poprzez stabilizację obręczy barkowej i miednicznej przez mięśnie przyczepiające się do kręgosłupowo. Natomiast pozycja w zgięciu tułowia patrząc przez pryzmat biomechaniki sama w sobie jest pozycją przeciążającą [51].

Gburka [52] uważa, iż przyczyną dolegliwości bólowych kręgosłupa, zwłaszcza związanych z aktywnością zawodową, jest przede wszystkim długotrwałe przebywanie w jednej pozycji, ciężka praca fizyczna, powtarzany wysiłek podnoszenia ciężaru oraz często powtarzane ruchy rotacji i zgięcia.

Badania przeprowadzone przez Lisińskiego i Samborskiego wykazały, że [53] osoby pracujące w zawodzie fizjoterapeuty oraz łączące obowiązki kinezy terapeuty i fizykoterapeuty, w 90% skarżyły się na występowanie bólu kręgosłupa lędźwiowego, a pierwszy incydent bólowy wystąpił u nich najczęściej (68%) pomiędzy dwudziestym, a trzydziestym rokiem życia, po dźwignięciu lub skręceniu tułowia. Wskaźnik masy ciała u 56% badanych zawierał się w granicach normy, 15% fizjoterapeutów wykazała niedowagę masy ciała, a 29% nieznaczną nadwagę [53]. Fizjoterapeuci, którzy zgłaszali występowanie bólu kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, aż w blisko 60% nie przejawiali żadnej aktywności fizycznej, 30% ćwiczyło sporadycznie (1-2 razy na miesiąc), a pozostali czynnie uczestniczyli w różnorodnych formach aktywności sportowej [53].

Dobrowolna i Hagner [30] wykazały, że ze wzrostem wskaźnika BMI wzrastało przeciążenie dolnego odcinka kręgosłupa, a każdy dodatkowy kilogram masy ciała wpływał niekorzystnie na kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy.

Depa i Druzbicki [1] badaniu poddali 197 osób pracujących zawodowo i stwierdzili, że 76% kobiet i 68% mężczyzn odczuwało dolegliwości bólowe, w tym odcinka lędźwiowo-krzyżowego najczęściej pracownicy fizyczni.

Sieradzki i wsp. [54] oceniali występowanie zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia i okazało się, że 37% badanych pierwszy raz odczuło ból w dolnym odcinku kręgosłupa między 13. a 18. rokiem życia, a 29% – w czasie studiów, najczęściej podczas stania, siedzenia, dźwigania. U 35% dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa trwały jeden dzień, u 31% – ponad roku, u 22% – od 2 do 5 dni, u 8% ból – przez pół roku, u 2% ból – od ponad tygodnia lub przez miesiąc. 46% stwierdziło, że odczuwany ból nigdzie nie promieniował [54]. W grupie tych, u których promieniował – 9,1% dotyczyło to kończyn dolnych, u 6,4% – pośladków, a u 2,7% – pachwin. Odczuwany ból najczęściej określali jako klucie oraz bóle tępe (po 15 osób). Żadna osoba nie stwierdziła, że ich stan zdrowia jest zły, lub bardzo zły, a najczęściej wskazywano stan dobry (62%) oraz bardzo dobry (31%). W łagodzeniu bólu kręgosłupa pomagało odpowiednie ułożenie ciała, masaż i ćwiczenia rozluźniające. nikt nie posiadał ciężkiej i całkowitej niepełnosprawności. Wykazano, że 58% badanych wykazało się niewielką niepełnosprawnością, 5% średnią, a 37% jej brakiem [54].

Respondenci z badania przeprowadzonego przez Stefanowicz i Kloca [55] za przyczynę powstawania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa podawali dźwiganie (35,1%), siedzenie (17,6%), stanie (21,1%). Aż 66,7% osób nie zgłaszało promieniowania bólu. W grupie badanych dominował (50%) ból tępy lub ostry (36,7%). Pozostałe osoby określały go jako klucie, drętwienie lub inne. W łagodzeniu bólu kręgosłupa pomagało przede wszystkim odpowiednie ułożenie ciała i leki [55].

Maciuk i wsp. [24] użyli w swoich badaniach Kwestionariusza Niepełnosprawności ODI i okazało się, że 65% badanych odznaczało się niewielką niepełnosprawnością, 29% średnią niepełnosprawnością, 6% – całkowitym brakiem niepełnosprawności, a 1% – ciężką niepełnosprawnością. W grupie 81% pielęgniarek skarżących się na dolegliwości ze strony kręgosłupa, jedynie 34% znało i stosowało ćwiczenia wzmacniające mięśnie kręgosłupa, 48%

znało je, ale nie stosowało, 14% nie znało, ale wyrażało chęć poznania ich, a 4% nie znało i nie czuło potrzeby poznania ich [24].

Według Degi [20], w przypadku pojawienia się bólu kręgosłupa należy kłaść nacisk na wzmacnianie mięśni brzucha, mięśni przykręgosłupowych.

Podsumowaniem pracy mogą być słowa, które wypowiedział John F. Kennedy „*Sprawność fizyczna jest nie tylko jednym z najważniejszych kluczy do zdrowego ciała jest podstawą dynamicznej i twórczej aktywności intelektualnej*”.

Bibliografia

1. Depa A., Drużbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru pracy. *Przegl. Med. Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2008; 1, 34-41.
2. Kułak W., Kondzior D.: Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją społeczną. *Probl Hig Epidemiol*, 2010; 91, 153-167.
3. Koszewski W. (red): *Bóle kręgosłupa i ich leczenie*. Termedia, Poznań 2010; 11-12, 138-141.
4. Absencja chorobowa w I półroczu 2015 roku z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS. <http://www.zus.pl/files/Informacja%20o%20absencji%20chorobowej%20osób%20ubezpieczonych%20w%20ZUS%20w%20I%20półroczu%202015%20roku.pdf> (data pobrania 26.01.2016).
5. Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M., Uzdrowska B.: Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Post Psychiatr Neurol.*, 2013; 22, 251-258.
6. Czaja E., Kózka M., Burda A.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pielęg Neurol i Neurochirurg.*, 2012; 1, 92-96.
7. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Probl Pielęg.*, 2011; 19, 47-54.

8. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka T.I. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
9. Woźniak W.: Anatomia człowieka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2001.
10. Ignasiak Z.: Anatomia Układu Ruchu. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009; 26.
11. Schulte E., Schunke M., Schumacher U.: Prometeusz, tom I. MedPharm Polska, Wrocław 2011.
12. Putz R., Pabst P.: Atlas anatomii człowieka Sobotty tom 2. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 29.
13. Sokołowska-Pituchowa J.: Anatomia człowieka. Wyd. Lekarskie PZWL, 2011.
14. Gzik M.: Biomechanika kręgosłupa człowieka. Wydaw. Politechniki Śląskiej, Gliwice 2007.
15. Drake R.L., Wayne Vogl A., Mitchell A.: Gray's Anatomy for Students. Second Edition. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
16. Adams M.A., Bogduk N., Burton K., Dolan P.: Biomechanika bólu kręgosłupa. DB Publishing, Warszawa 2010.
17. Dziak A.: Bóle krzyża. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
18. Nordin i Weiner, 2001; Andersson i McNeill, 1989; Dziak i Tayara, 1997; Watkins, 1999; Stodolny, 2000; Adams M.A., Bogduk N., Burton K., Dolan P.: Biomechanika bólu kręgosłupa. DB Publishing, Warszawa 2010.
19. Adams M.A., Hutton W.C.: Prolapsed intervertebral disc. A hyperflexion injury. Spine, 1982; 7, 184-191.
20. Dega W.: Profilaktyka i zachowawcze leczenie w zespołach bólów dolnego odcinka kręgosłupa, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1978.
21. Kramer J.: Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego [w:] Ortopedia. Springer PWN, Warszawa 1997; 230-245.
22. Fritz J.M., Whitman J.M., Childs J.D.: Lumbar spine segmental mobility assessment: an examination of validity for determining intervention strategies in patients with low back pain. Arch Phys Med Rehab., 2005; 86, 1745-1752.
23. Krasuski M.: Zespoły bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa (bóle krzyża) [w:] Rehabilitacja medyczna. Kiwerski J. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 533-560.

24. Maciuk M., Krajewska-Kułak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. *Probl Hig Epidemiol.*, 2012; 93, 4, 728-738.
25. Gburek Z.: Zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa diagnostyka, profilaktyka, rehabilitacja, orzecznictwo. Wydawnictwo Główny Instytut Górnictwa. Fundacja Śląskiego Szpitala Reumatologicznego, Katowice-Ustroń 1994.
26. Wójcik A., Martowicz B.: Zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego. *Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu*, 2012;10, 2, 50-63
27. Adams M.A., Dolan P., Hutton W.C.: Diurnal variations in the stresses on the lumbar spine. *Spine*, 1987; 12, 130-137.
28. Adams M.A.: Biomechanics of back pain. *Acupuncture in Medicine*, 2004; 22, 178-188.
29. Dobrowolna P.: Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek w wybranych szpitalach w Bydgoszczy. praca magisterska, Wydział Nauk o Zdrowiu CM UMK, Bydgoszcz 2005.
30. Dobrowolna P., Hagner W.: Biomechaniczna analiza korelacji ryzyka wystąpienia choroby przeciążeniowej lędźwiowego odcinka kręgosłupa ze wzrostem i masa ciała pacjenta. *Med Biol Sci.*, 2007; 21/4, 49-51.
31. Dobrowolna P., Hagner W.: Biomechaniczna analiza pozycji sprzyjającej przeciążeniom podczas dźwigania, z uwzględnieniem różnych wariantów obciążenia i kątowych zależności pomiędzy częściami ciała. *Med Biol Sci.*, 2008; 22/1, 39-41.
32. Richard S.S., *Clinical anatomy*. Lippincott Williams&Wilkins, USA 2004, 934-937.
33. Nowakowski A.: Bóle krzyża [w:] *Ortopedia i Rehabilitacja*. Tom 2. Dega W. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 303-333.
34. Gałuszka G., Janiszewski M. (2003) Fizykoterapia w leczeniu zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa. *Manual Medicine*, 2003; 7, 37-41.
35. Dziak A.: Postępowanie diagnostyczne w bólach krzyża. *Rehabilitacja Medyczna*, 2001; 5, 9-22.
36. Massalski Ł.: System klasyfikacji zespołów bólowych kręgosłupa według metody McKenzie. *Fizjoterapia*, 2011; 19, 63-71.
37. Kwolek A.: *Rehabilitacja medyczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław; 2007.

38. Rakowski A., Słobodzian J.: Terapia manualna w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Wyd. Centrum Terapii Manualnej Andrzeja Rakowskiego, Poznań 2001.
39. Zielazny P., Biedrowski P., Lezner M., Uzdrowska B.: Stopień akceptacji choroby, przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem wśród pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu z powodu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Post Psych Neurol.*, 2013; 22, 251-258.
40. Ciejka E., Wójtowicz K.: Ocena skuteczności stosowanych zabiegów fizjoterapeutycznych w leczeniu choroby zwyrodnieniowo-wytwórczej stawów obwodowych i kręgosłupa. *Balneol. Pol.*, 2009; 3, 189-193.
41. Kaapa E, Holm S, Inkinen R, et al.: Proteoglycan chemistry in experimentally injured porcine intervertebral disk. *J Spinal Disord.*, 1994; 7, 296-306.
42. Styczyński T., Żarski S., Krzemińska-Dąbrowska I.: Ocena wpływu zmian zwyrodnieniowo-wytwórczych kręgosłupa na wyniki leczenia zachowawczego chorych z zespołem bólowo-korzeniowym związanym z przepukliną lędźwiowych krążków międzykręgowych. *Reumatologia*, 2006; 44, 139–144.
43. Rapała K., Chaberek S., Truszczyńska A. Łukawski S., Walczak P.: Ocena kształtu kanału kręgowego i kątów stawów międzykręgowych w odcinku lędźwiowym. *Ortop Traumatol Rehab.*, 2009; 3, 228-231.
44. Rapała K.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
45. Rysiak E., Drągowski P., Prokop I., Jakubów P.: Ocena kosztów i efektywności farmakologicznego leczenia bólu przewlekłego dolnego odcinka kręgosłupa. *Now Lek.*, 2013; 82, 399–405.
46. Salamin J.: The adolescent bag. A field survey of 370 Finish schoolchildren. *Acta Paediatr Scand.*, 1984; suppl., 315, 1-122.
47. Drygas W., Kwaśniewska M., Szcześniewska D.: Ocena poziomu aktywności fizycznej dorosłej populacji Polski. Wyniki Programu WOBASZ. *Kardiologia Polska*, 2005; 63, 4, 636-640.
48. Wojtasiński Z.: Badanie TNS OBOP “Aspirin Protect: Jak Polacy dbają o serce”, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,383909,az-ponad-polowa-polakow-nie-jest-aktywna-fizycznie.html> (data pobrania 13.03.2016).

49. Uz Tunçay S., Yeldan I.: Is physical inactivity associated with musculoskeletal disorders. *Agri.*, 2013; 25, 4, 147-155.
50. Drewiecki T., Mroczek K., Zaworski K. i wsp.: Znaczenie aktywności fizycznej w dolegliwościach bólowych kręgosłupa i stawów obwodowych. *Hyg Public Health.*, 2014; 49, 1, 160-165.
51. Dobrowolna P., Hagner W.: Epidemiologia zespołów bólowych kręgosłupa u pielęgniarek w Szpitalu Uniwersyteckim im. A. Jurasza w Bydgoszczy oraz biomechaniczna analiza problemu. praca magisterska, Wydział Nauk o Zdrowiu CM UMK, Bydgoszcz 2007.
52. Gburka Z.: Biomechanika kręgosłupa lędźwiowego [w:] Zespół bólowy dolnego odcinka kręgosłupa – diagnostyka, profilaktyka, rehabilitacja, orzecznictwo. Główny Instytut Górnictwa, Katowice 1994; 7-69.
53. Liściński P., Samborski Wł.: Bóle kręgosłupa lędźwiowego w grupie zawodowej fizjoterapeutów. *Balneol. Pol.*, 2006; 3, 156-160.
54. Sieradzki M., Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K.: Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Probl Hig Epidemiol.*, 2013; 94, 3, 451-458.
55. Stefanowicz A., Kloc W.: Rozpowszechnienie bólów krzyża wśród studentów. *Pol Ann Med.*, 2009; 16, 28–41.

Skuteczność metody Wojty u dzieci przedwcześnie urodzonych w opinii rodziców

Anna Truszkowska¹, Mateusz Cybulski², Anna Kalinowska³, Elżbieta Krajewska-Kułak²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Fizjoterapia

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ – Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę", Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Przyczynami ryzyka przedwczesnego porodu są przede wszystkim czynniki medyczne, np. choroby matki, niewyrównana cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność ciśnieniowo-szyjkowa, ciąża wielopłodowa, nieprawidłowości błon płodowych i łożyska (wady macicy czy łożysko przodujące), a także zakażenia wewnątrzmaciczne, oraz czynniki społeczne, do których zaliczamy m.in. status społeczny, szkodliwe warunki pracy czy niską świadomość zdrowotną [1].

W sytuacji, kiedy dochodzi do zakażeń wewnątrzmacicznych zwiększa się ryzyko zakażenia płodu, pogarszając rokowania dotyczące jego przeżycia oraz wystąpienia powikłań u noworodka. Zakażenia występują w różnych postaciach: infekcji ogólnych (posocznica), zapalenia płuc, uszkodzenia struktur mózgu (naczyń i istoty białej), a także powikłań wielonarządowych [1]. Do najbardziej groźnych wirusowych i pasożytniczych zakażeń w ciąży należą: różyczka, toksoplazmoza, zapalenie wątroby, półpasiec oraz cytomegalia [2].

Dziecko z neurorozwojowymi zaburzeniami ma trudność z uzyskaniem stabilizacji leżąc na plecach. Zazwyczaj układa się asymetrycznie, z trudnością napina mięśnie brzuszka, miednicę ustawia w przodopochyleniu, zaś barki w protrakcji. Ma skłonność do odginania główki i jej pochylania do jednego barku. Reklinalcja głowy oraz jej pochylenie asymetrycznie ograniczają zakres rotacji w szyjnym odcinku kręgosłupa. Wynika z tego spłaszczenie potylicy po jednej stronie, odgięcie od podłoża strony potylicznej tułowia oraz przeniesienie

całego ciężaru ciała na twarzową stronę. Miednica ułożona jest asymetrycznie. Z czasem można zaobserwować po jednej stronie większe przywiedzenie uda, a w konsekwencji gorsze kształtowanie się jednej z panewek stawu biodrowego. Trzymiesięczne dziecko leżąc na plecach w omawianej sytuacji nie dociska do podłoża całym tułowiem, zatem nie czuje się bezpieczne oraz poszukuje poszerzenia powierzchni podparcia za pomocą cofniętych łokci i pięt. Lęk wyraża poprzez nadmiernie nasiloną dystonię oraz bardzo wyraźną mimikę. Osłabiona praca mięśni brzucha, a także brak stabilizacji na plecach nie pozwala na utrzymanie nóg nad podłożem. Jeżeli dziecku uda się je wreszcie unieść, opada nimi zawsze w tę samą stronę. Taki maluch mało aktywizuje rączki, przywodzi kciuki oraz chowa je w dłoniach. Poza tym nie przepada leżeć na brzuszku, ponieważ szybko traci podpór na przedramionach. Jest zbyt napięte, nadruchliwe, nadmiernie płaczliwe, niespokojnie je i mało sypia [3].

Diagnostyczne badanie jakie zasugerował Wojta, nazwane zostało przez autora badaniem kinezyjologicznym, gdyż opiera się monitorowaniu wzorców ruchowych występujących u noworodka [4]. Pozwala na ustalenie stanu rozwoju motoryki oraz postawy w danym etapie pierwszego roku życia – jest to stan ontogenezy motorycznej, jak też posturalnej.

Do elementów badania należą:

1. Obserwacja spontanicznej motoryki dziecka w leżeniu na brzuchu i plecach.

Bodźce z otoczenia, na które zwraca uwagę dziecko, powodują zmiany w napięciu mięśni i prowokują prawidłową aktywność posturalną. Według Wojty organ osiowy to głowa i tułów. Najistotniejszą jego częścią jest kręgosłup, który utrzymywany jest we właściwy sposób w wyniku aktywności głębokich rotatorów kręgów – autochtonicznych przykręgosłupowych mięśni, oraz kluczowe stawy kuliste: ramienne i biodrowe. Kończyny górne oraz dolne są tylko wypustkami tułowia. Idealne ruchowe wzorce są odniesieniem, do którego w trakcie badania porównujemy zachowania spontaniczne niemowlęcia w leżeniu przodem oraz tyłem. Uwagę zwraca się szczególnie na symetrię organu osiowego, a także wyważoną aktywność antagonistycznych grup mięśniowych, które działają wokół stawów kluczowych [4,5]. Podczas leżenia tyłem zdrowe niemowlę mięśniami prostymi brzucha pociąga spojenie łonowe w stronę mostka, zaś mięśnie głębokie przedniej powierzchni szyi zbliżają brodę do klatki piersiowej. W taki sposób zaczyna się wyprost kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz piersiowym. Barki się obniżają, a rączki łączą się stopniowo w linii środkowej. Przy braku prawidłowej aktywności mięśni miednica zostaje w przodopochyleniu i stopy dziecka stale

spadają na podłogę. Odgięte ustawienie miednicy sprawia, iż pierwszeństwo w działaniu wokół stawów biodrowych zyskują mięśnie rotujące uda wewnątrz, co z czasem wykaże się koślawością kolan oraz stopą płasko-koślawą. Jeśli łopatki w odpowiednim czasie nie zostaną sprowadzone ku kręgosłupowi to w przyszłości będą się objawiać odstawaniem od klatki piersiowej i razem z wysokim ich ustawieniem oraz barkami w protrakcji będą objawem wady postawy [3].

Czynnikami wyzwalającym przetaczanie wg Wojty jest motywacja do chwycenia przedmiotu, którym zainteresowany jest maluch, kiedy leży za daleko, aby to dotknąć w leżeniu tyłem z wyciągniętą rączką do boku. Zwraca on głowę w kierunku zabawki, przenosi ciężar ciała na jedną z łopatek, bark i łokieć, tworząc tam punkt podparcia. Wolną ręką wyciąga ponad środkową linię ciała ku zabawce po stronie przeciwnej. Kiedy już osiągnie obrót z pleców na brzuch, a prawidłowo powinno to nastąpić do końca 6. miesiąca życia, będzie coraz częściej wykorzystywał tę możliwość. W dalszym rozwoju silne mięśnie brzucha stanowią jakby przęsło mostu, które daje dziecku możliwość przyjęcia czworacznej pozycji. Maluch, kiedy tylko pełza czy czołga się, nie unosząc się do pozycji wyższych, ma niewystarczająco aktywne i skoordynowane koncentrycznie mięśnie brzucha, zatem pod tym kątem powinno się zaplanować ewentualne leczenie [5].

Dziecko z uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym nie umie koordynować pracy mięśni powłok brzusznych. Przewagę ma najczęściej nadmierne napięcie mięśni po grzbietowej stronie tułowia i karku. Nie pojawia się u niego stopniowe obniżenie barków, nie osiąga coraz większej swobody kończyn górnych, a zamiast tego ramiona są w przywiedzeniu oraz rotacji wewnętrznej, kończyny w wyproście albo w zgięciu w łokciu, zaś pięści zaciśnięte na przewidzionych kciukach z przywiedzeniem łokciowym. Jeżeli głowa jest stale zwrócona w jedną stronę, to utrwała się pochylenie boczne głowy i tułowia. Dzieci te nie uzyskują skoordynowanego przetaczania z pleców na brzuszek, lecz jedynie udaje im się to przypadkiem i występuje nadmierny wyprost całego ciała. Zauważalna jest reklinacja (odgięcie) głowy i przodopochylenie miednicy. Rozciągnięte mięśnie brzucha i odstające żebra objają się niewłaściwym rozwojem klatki piersiowej. Poprzez utrwalone nieodpowiednie napięcie mięśniowe nóżki ustawiają się w wyproście i z przywiedzeniem ud oraz dochodzi do stopniowego ich skrzyżowania. Dzieci położone na brzuszku nie potrafią przenieść do przodu kończyn górnych i próbują podnieść główkę korzystając z wzmożonego napięcia strony grzbietowej osiowego organu lub wyciągają kończyny górne ku przodowi

i za pomocą patologicznego odruchu podparcia „podpierają się” na pięściach w linii środkowej [3].

Przy dość zadowalającym rozwoju umysłowym dziecko usiłuje wszelkimi metodami nawiązać kontakt ze światem, wyciągnąć rączkę do zabawki czy przemieszczać się po podłożu. Te wielokrotnie wykonywane próby w nieekonomicznych i nieprawidłowych wzorcach wywołują utrwalenie motoryki, Vojta nazywał ją motoryką wzorców zastępczych. Dziecko im dłużej nie trafia na terapię, tym trudniej odwrócić patologię. Dlatego też należy w szczególności zabiegać o wczesną diagnostykę oraz wczesną terapię u maluchów mało sypiających, płaczących, niespokojnych podczas ssania, a także tych, którym mamy ściągać własny pokarm i karmią butelką [3].

2. Ocena siedmiu odruchowych reakcji posturalnych, czyli automatycznej umiejętności kontroli ciała w przestrzeni w czasie zmiany ułożenia dziecka

W pierwszym roku życia występują dynamicznie zmieniające swój obraz wybrane reakcje posturalne, nazwane również reakcjami ułożenia w przestrzeni, będące skринingiem opisanym przez Vojtę. W nieprawidłowym rozwoju objawiają się dość typowymi cechami. Zmieniając pozycję ciała dziecka w różnych płaszczyznach pobudzone są receptory narządów wewnętrznych (interoceptory), proprioreceptory mięśni, stawów oraz aparatu więzadłowego, eksteroreceptory, czyli receptory skóry, telereceptory – receptory obwodu siatkówki oka, liczne drogi nerwowe oraz twór siatkowaty. Badanie wykonywane jest wg standardu przy użyciu odpowiednich pozycji i chwytów, a także znajomości globalnych wzorców oraz możliwych odchyłeń we wzorcach reakcji częściowych niemowlęcia. Badanie pobudza szereg receptorów, zaś bodźce z nich płynące do mózgu wywołują błyskawiczną globalną odpowiedź. Jeżeli na swych drogach impulsy nie spotykają żadnej przeszkody, a połączenia w danych strukturach mózgu są dostępne to odpowiedź objawia się natychmiastowym przyjęciem prawidłowej postawy i odpowiada idealnemu obrazowi. O odchyleniach globalnych mówimy, gdy całe ciało dziecka wyraża się brakiem możliwości odpowiedniego zachowania się w reakcji. Wzorce częściowe objawiają się zaciśniętymi piąstkami na kciuku, pochyleniem czy zwróceniem głowy stale w jedną stronę, cofnięciem ramienia po obu lub po jednej stronie, itp. Ilość i jakość tych wzorców wskazuje na ciężkość zaburzeń, które obserwowane są u dziecka oraz mają wartość prognostyczną. Wynikiem oceny 7 reakcji posturalnych zasugerowanym przez Vojtę jest ZOKN [4]. Tym określeniem posługuje się w pierwszym półroczu. Bardzo lekki stan zaburzeń występuje, kiedy stwierdza się u malucha 1-3 niewłaściwe reakcje posturalne, lekki, gdy dziecko ma 4-5 niewłaściwych reakcji

posturalnych, średnio-ciężkie ZOKN przy 6-7, zaś stan ciężki zaburzeń, gdy wszystkie 7 reakcji wykazuje nieprawidłowość, a do tego lekarz diagnozuje zaburzone napięcie mięśniowe. Stwierdzenie 5 lub więcej niewłaściwych reakcji posturalnych jest podstawą do pilnego rozpoczęcia postępowania usprawniającego. Do 7 reakcji posturalnych zaliczamy reakcję trąkacji wg Prechtl'a (modyfikacja Wojty), Landau'a, zawieszenia pachowego, boczne wychylenie wg Wojty, poziome zawieszenie wg Collis, pionowe zawieszenie wg Peiper-Isbert oraz pionowe zawieszenie wg Collis [3].

3. Badanie wybranych odruchów pierwotnych

Na podstawie wybranych odruchów pierwotnych oraz automatyzmów wczesnodziecięcych można pod koniec 4. miesiąca życia potwierdzić, czy też wykluczyć niebezpieczeństwo utrwalenia się niewłaściwego psychoruchowego rozwoju dziecka – Wojta zaproponował, by wymogiem wyboru ich zestawu był czas wygasania danego odruchu u 3-miesięcznego niemowlęcia [4]. Wskazał na znaczenie odruchu Galanta, który zablokowany jest w pierwszym kwartale u maluchów zagrożonych spastycznością, zaś nadmiernie nasilony oraz obecny poza czwartym miesiącem u dzieci z uszkodzonymi ośrodkami piramidowymi. Nieprawidłowo wyrażone lub przetrwałe odruchy pierwotne świadczą o niebezpieczeństwie utrwalenia się cech mózgowego porażenia dziecięcego, zaś 6-miesięczne dziecko w prawidłowymi odruchami wczesnodziecięcymi nie jest zagrożone trwałym kalectwem [3,4].

Terapia metodą odruchowej lokomocji wg Wojty opiera się na torowaniu drogi nerwowej poprzez: ułożenie pacjenta w pozycji aktywującej, stymulowanie proprioceptorów w obszarze określonych stref na ciele oraz zastosowanie oporu przeciwdziałającego niektórym ruchom fazowym głowy, tułowia lub kończyny (3).

Proprioceptywny bodziec aktywizuje liczne nerwy rdzeniowe – aferentne drogi, które prowadzą do OUN. W podkorowych strukturach mózgu dochodzi do przełączania i dalej impuls, za pomocą drogi eferentnej dociera na obwód do właściwych efektorów: mięśni gładkich, mięśni szkieletowych oraz autochtonicznych mięśni przykręgosłupowych. Obserwowaną miejscową i odległą odpowiedź ruchową określa się jako globalne kompleksy odruchowego obrotu oraz odruchowego pełzania. W odruchowym pełzaniu można w różnych kombinacjach zastosować 10 stref wyzwalania. Pięć z nich znajduje się po twarzowej stronie ciała, zaś 5 pozostałych po stronie potylicznej, gdy głowa zwrócona jest w jedną stronę. W strefie piersiowej wzbudzany jest odruchowy obrót. Pozostałe strefy służą, w zależności od potrzeb, do poprawienia reakcji lokalnej [6]. Stymulacja powoduje aktywne,

ale mimowolne napinanie łańcuchów mięśniowych, długotrwałą, wielokrotną i odruchową odpowiedź u każdego oraz w każdym wieku. Sumacja czasowa, czyli wydłużenie czasu dostarczanego bodźca i sumacja przestrzenna – stymulowanie jednocześnie kilku stref na ciele badanego – poprawia wzorce wyzwalanego ruchu. Stopniowo uaktywniane są wszystkie mięśnie poprzecznie prążkowane. Podczas stymulacji pełzania budowane są punkty podparcia łokcia oraz kolana i pięty, powodując napięcie wszystkich mięśni wokół punktu podparcia. Stopniowo wektory ich pracy podążają do tego punktu i prowadzą do zmiany kierunku aktywności mięśni. Wokół kulistych stawów dochodzi do wyrównania napięcia mięśni zginaczy względem prostowników, przywodzicieli względem odwodzicieli, rotatorów wewnętrznych względem rotatorów zewnętrznych [5]. W terapii chodzi o zmianę w obszarze organu osiowego – poprawne ustawienie kręgosłupa na całej długości, a więc przede wszystkim o zaktywizowanie mięśni autochtonicznych. Terapeuta pracuje nad koordynacją mięśni tułowia, w szczególności nad wzmocnieniem koncentrycznej pracy mięśni brzucha. Kiedy pacjent wykonuje ćwiczenia, trzeba zadbać, aby wykonywane były w symetrii – chodzi o wydłużenie kręgosłupa oraz wyprost nadmiernych jego krzywizn. Stosowane bodźce w strefach wyzwalania na zmianę po obu stronach ciała powodują aktywizację struktur półkul mózgowych. Metoda wspomaga rozwój mowy i sprawność języka, ssanie, połykanie, poprawia funkcje wegetatywne – ukrwienie narządów wewnętrznych oraz skóry, regulację wydzielania potu i perystaltyki jelit, poprawia funkcję zwieraczy pęcherza i odbytu. Pomaga ponadto w ustąpieniu kolek niemowlęcych, poprawia sen, a także długofalowo uspokaja emocje dziecka. Współgranie funkcji ruchowych i posturalnych wpływa na ograniczenie nasilenia dystonii, lęku, a także ułatwia własną motorykę malucha w coraz wyższych pozycjach [3].

Terapia metodą Wojty uznawana jest jako skuteczne narzędzie w utrwalonych i nieutrwalonych stanach patologii OUN. Wskazania bezwzględne do metody stanowią: kręcz, ZOKN, asymetrie napięcia i ułożenia, uszkodzenia splotu ramiennego czy przepukliny oponowo-rdzeniowe, zaś do wskazań względnych zaliczamy: dysplazję stawów biodrowych, zespoły genetyczne, choroby nerwowo-mięśniowe, powikłania ortopedyczne i neurologiczne. Przeciwwskazaniami są: biegunka, ostra infekcja, gorączka powyżej 38°C, zaburzenia wydolności krążeniowo-oddechowej, kuracja sterydami oraz nowotwory [3].

Prowadzenie terapii przez dłuższy okres czasu oparte jest na współpracy przynajmniej trojga uczestników – dziecka, jego rodzica oraz fizjoterapeuty. Zaleca się codzienną stymulację 2-4 razy, zaczynając jednorazowo obciążenie niemowlęcia przez 2-5 minut. Dziecko często

buntuje się i zgłasza dyskomfort, gdy ogranicza mu się swobodę oraz zmienia napięcie izotoniczne w izometryczne. Istotną częścią wyzwania globalnej odpowiedzi odruchowej jest kierowanie jakością wzorca przez właściwe utrzymanie głowy dziecka. Stymulacja nie może boleć, gdyż ból ogranicza właściwe torowanie drogi nerwowej. Ćwiczenia w warunkach domowych wykonuje matka, kilka razy dziennie, przyuczona jako terapeuta swojego dziecka, obserwuje je i wspiera z dużym zaangażowaniem i miłością. Podczas kontroli fizjoterapeuta indywidualnie dobiera obciążenie, pozycje i strefy, a także koryguje prawidłowość wykonywania ćwiczeń [3].

Celem pracy było przedstawienie skuteczności metody Wojty u dzieci przedwcześnie urodzonych.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w grupie 50 matek noworodków w wieku od 4 do 8 miesięcy. 60% respondentek urodziło chłopców, a 40% dziewczynek. Wszystkie dzieci były pacjentami Kliniki Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę” Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała 14 pytań.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB (uchwała nr R – I – 002/167/2015) oraz dyrekcji Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

Zebrane dane opracowane za pomocą Microsoft Excel 2010. Analizy statystycznej dokonano przy zastosowaniu testu Kruskala-Wallisa oraz testu U Manna-Withneya. Hipotezy statystyczne zweryfikowano na poziomie istotności $p \leq 0,05$. Obliczenia zostały wykonane przy użyciu oprogramowania Statistica Data Miner + QCPL, na który licencję posiada Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.

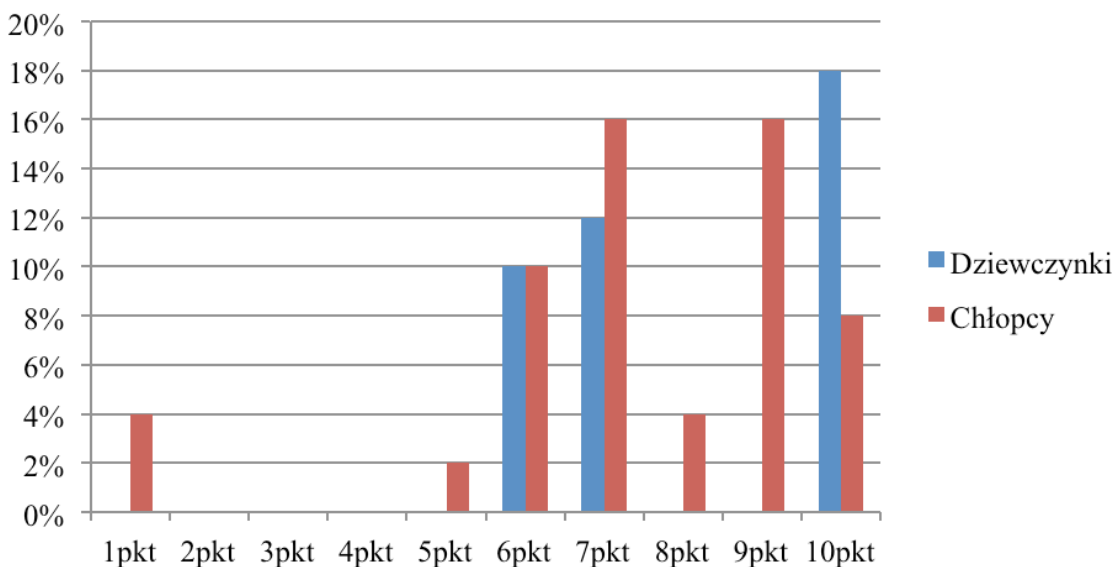
Wyniki

Charakterystykę dzieci badanych matek pod względem wieku i płci przedstawiono w tabeli I. Większość badanych stanowili 5-miesięczni chłopcy (32%), zaś najmniej było 8-miesięcznych chłopców (4%). Odnotowano najwięcej 4-miesięcznych dziewczynek (14%), a najmniej 6- i 7-miesięcznych (8%).

Tabela I. Płeć i wiek dzieci respondentek

Wiek	Dziewczynki		Chłopcy	
	N	%	n	%
4 miesiące	7	14%	5	10%
5 miesięcy	5	10%	16	32%
6 miesięcy	4	8%	7	14%
7 miesięcy	4	8%	-	-
8 miesięcy	-	-	2	4%

Najwięcej dziewczynek (18%) dostało maksymalną liczbę punktów, zaś najmniejszą liczbę punktów dostał chłopiec z 5 punktami w skali Apgar (2%) (Rycina 1). Za pomocą testu statystycznego U Manna-Whitneya stwierdzono, że płeć dziecka nie wpływała na punktację w skali Apgar ($p = 0,29$).



Ryc. 1. Płeć a skala Apgar

Najwięcej dzieci pochodziło z miasta (80%). Z miasta znaczną grupę dzieci stanowili chłopcy (54%), zaś ze wsi odnotowano więcej dziewczynek (14%) (Tabela II).

Tabela II. Miejsce zamieszkania niemowląt.

Płeć	Miasto		Wieś	
	n	%	N	%
Dziewczynki	13	26%	7	14%
Chłopcy	27	54%	3	6%

Najwięcej dzieci przedwcześnie urodzonych urodziło się w 31. oraz 33. tygodniu ciąży (24%) (Tabela III).

Największą liczbę powodów przedwczesnego porodu (86%) stanowiły inne powody (Tabela IV), objaśnione w Tabeli V. Najczęstszym powodem przedwczesnego porodu była gestoza, czyli zatrucie ciążowe (14%), zaś najrzadziej występującym powodem był stan przedrzucawkowy i odejście wód płodowych (2%).

Tabela III. Tydzień ciąży, w którym urodziło się dziecko.

Tydzień ciąży	N	%
31 tyg.	12	24%
32 tyg.	5	10%
33 tyg.	12	24%
34 tyg.	0	0%
35 tyg.	9	18%
36 tyg.	4	8%
37 tyg.	3	6%
38 tyg.	4	8%
39 tyg.	1	2%

Tabela IV. Powody przedwczesnego porodu

Powód przedwczesnego porodu							
Konflikt serologiczny		Ryzyko poronienia		Infekcje		Inne	
N	%	n	%	n	%	n	%
0	0%	5	10%	2	4%	43	86%

Tabela V. Inne powody przedwczesnego porodu.

Inne powody przedwczesnego porodu	N	%
Nieznane	4	8%
Odeszły wody	1	2%
Stan przedrzucawkowy	1	2%
Odklejenie łożyska	2	4%
Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego	3	6%
Skurcze i rozwarcie	5	10%
Gestoza	7	14%
Niewydolność szyjki	6	12%
Zagrożenie pęknięcia macicy	4	8%
Nadciśnienie	6	12%
Łožysko przodujące	4	8%

Najczęściej do zaburzeń, z jakimi dziecko trafiło na metodę Wojty, należało wzmożone napięcie mięśniowe (52%), obniżone napięcie mięśniowe, asymetrie ułożeniowe (48%) oraz nieprawidłowe odruchy ruchowe (26%).

Najczęściej dziecko trafiło na rehabilitację metodą Wojty kilka miesięcy po urodzeniu (76%), zaś grupa dzieci, która trafiła kilka tygodni po urodzeniu stanowiła 24%. Kilka dni po urodzeniu na rehabilitację tą metodą nie trafiło żadne dziecko.

Największa grupa wcześniaków, która trafiła na metodę Wojty, uczęszczała na zajęcia rzadziej niż 3 razy w tygodniu. Zdecydowana większość rodziców ćwiczyła w domu ze swoimi

dziećmi (90%). Ponad połowa rodziców ćwiczyła z dzieckiem kilka razy w ciągu dnia (52%). Pozostałe odpowiedzi odnotowano w Tabeli VI.

Tabela VI. Częstotliwość wykonywania ćwiczeń przez rodziców.

Częstotliwość wykonywania ćwiczeń przez rodziców							
Raz dziennie		Kilka razy w ciągu dnia		Kilka razy w tygodniu		Kilka razy w miesiącu	
n	%	n	%	n	%	n	%
19	38%	26	52%	0	0%	0	0%

Niemal $\frac{3}{4}$ rodziców (74%) zaobserwowało poprawę po zajęciach i stosowaniu terapii metodą Wojty.

Stwierdzono, iż częstotliwość odbywania się zajęć metodą Wojty była istotna względem zaobserwowanej poprawy po terapii metodą Wojty ($p = 0,01$). Najwięcej rodziców pierwsze efekty zauważyło po 1-2 tygodniu uczęszczania na terapię (32%), a najmniej rodziców zauważyło poprawę po dłuższej niż miesiącu stosowania ćwiczeń (8%).

Znaczna część rodziców (80%) poleciłaby metodę Wojty innym rodzicom.

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, iż terapii metodą Wojty poddano niewiele więcej chłopców (60%) niż dziewczynek (40%). 24% badanych wcześniaków urodziło się w 31. oraz w 33. tygodniu ciąży, w 32. tygodniu ciąży urodziło się 10% dzieci, w 35. tygodniu ciąży urodziło się 18% maluchów, zaledwie 8% dzieci urodziło się w 36. i 38. tygodniu ciąży, w 37. tygodniu ciąży urodziło się 6% dzieci, zaś w 39. tygodniu ciąży urodziło się jedno dziecko (2%). Jeśli chodzi o skalę Apgar to badania wykazały, że 4% dzieci otrzymało 1 punkt. Żadne dziecko nie dostało 2, 3 ani 4 punktów. Tylko jedno dziecko (2%) dostało 5 punktów w skali Apgar, 6 punktów dostało 20% wcześniaków, 28% stanowiły dzieci, które otrzymały 7 punktów w skali Apgar, 4% otrzymały dzieci z 8 punktami, 9 punktów otrzymało 16% dzieci, a 10 punktów otrzymało 26% niemowląt. Jednym z najczęściej występujących

zaburzeń, z jakim dziecko trafiło na terapię metodą Vojty było wzmożone napięcie mięśniowe (52%). Pozostałe to obniżone napięcie mięśniowe (16%), asymetrie ułożeniowe (48%), nieprawidłowe odruchy ruchowe (26%) oraz problem z leżeniem na brzuszku – brak trzymania główki (8%). 24% badanych dzieci na leczenie metodą Vojty trafiło w 4. miesiącu życia.

W 5. miesiącu życia na terapię trafiło 42% wcześniaków, zaś w 6. miesiącu życia – 22%. W 7. miesiącu życia leczenie podjęło 8% maluchów, a tylko 4% w 8. miesiącu życia. Z przeprowadzonych badań wynika, że 76% wcześniaków trafiło na rehabilitację metodą Vojty kilka miesięcy po urodzeniu. 24% dzieci na terapię trafiło już kilka tygodni wcześniej po urodzeniu, zaś kilka dni po urodzeniu nie trafiło żadne dziecko. Wysoki odsetek rodziców, bo aż 90%, ćwiczyło razem ze swoim dzieckiem w domu według instrukcji i zaleceń terapeuty, a 10% rodziców nie podjęło się tego zadania. Raz dziennie ze swoim dzieckiem ćwiczyło 38% rodziców, zaś ponad połowa rodziców (52%) ćwiczyła nawet kilka razy w ciągu dnia. Żaden rodzic nie ćwiczył tylko raz w tygodniu czy raz w miesiącu. Skuteczność metody Vojty potwierdziło aż 74% rodziców, zaś pozostałe 26% rodziców twierdziło inaczej. Wójtowicz i wsp. przeprowadzili badania na podobnej liczbie dzieci, gdzie chłopcy stanowili 55%, zaś dziewczynki 45% badanych. Biorąc pod uwagę tydzień ciąży, w którym urodziło się dziecko, wyżej wymienieni autorzy otrzymali zdecydowanie różne wyniki od uzyskanych z badań własnych. W 38. tygodniu ciąży urodziło się 33% dzieci, w 39. tygodniu ciąży urodziło się 19% badanych dzieci. 7% stanowiły dzieci urodzone w 30., 37. oraz 40. tygodniu ciąży, a po 3% stanowiły dzieci urodzone w 26., 27., 28., 31., 32., 33., 35., 41., oraz 42. tygodniu ciąży [7]. Badania wykazały, iż po 10 i 8 punktów w skali Apgar otrzymało 22% dzieci, 17% maluchów otrzymało 9 punktów w skali Apgar, 6 lub 7 punktów otrzymało po 14% dzieci, zaś 5 punktów uzyskało 10% maluchów. Najczęstszym rozpoznaniem było zaburzenie ośrodkowej koordynacji nerwowej (ZOKN), z czego 38% stanowił stopień średnio ciężki, lekki - 24%, ciężki - 21%, a najlżejszy - 17%. Wyniki w tym przypadku były zróżnicowane, aczkolwiek w przeprowadzonych badaniach własnych również 24% dzieci rozpoczęło terapię metodą Vojty od 4. miesiąca życia. W 3. miesiącu życia dziecka 35% dzieci rozpoczęło terapię, od 4. miesiąca życia 24% dzieci zaczęło terapię metodą Vojty, w 5. oraz 7. miesiącu życia leczenie rozpoczęło po 14% badanych dzieci. Zaledwie 7% maluchów zaczęło rehabilitację od 6. miesiąca życia, zaś po 3% dzieci zaczęło terapię metodą Vojty w 1. i 10. miesiącu swojego życia. Dzieci leczone tylko metodą Vojty stanowiły 69%. Rodzice jednomyślnie oświadczyli, że umieli i chcieli ćwiczyć ze swoim dzieckiem. To bardzo

satysfakcjonujący wynik, bowiem również w badaniach własnych 90% rodziców zadeklarowało stosowanie ćwiczeń w domu. Skuteczność metody Wojty rodzice ocenili bardzo wysoko – 83% rodziców stwierdziło, że metoda jest skuteczna pod względem diagnostyki, zaś 80% opowiedziało się o skuteczności pod względem terapii. To podobny wynik, który uzyskano w badaniach własnych (76%) [7].

Powód przedwczesnego porodu może być jednym z głównych powodów wczesnego uszkodzenia czy dysfunkcji mózgu [1, 8-10]. Skutki przedwczesnego porodu są uzależnione od trwania okresu płodowego – im krótszy, tym następstwa mogą być poważniejsze. W tym wieku żaden obraz kliniczny nie jest ostateczny z powodu kompensacyjnych możliwości mózgu, a także ze względu na plastyczność tkanki nerwowej, a jest on zależny od stymulacji [10]. Wczesna diagnostyka umożliwia szybkie wykrycie ZOKN (9). W badaniach Dytrych przyczynami przedwczesnego porodu były m.in. przedwczesne odejście wód płodowych (23%), krwawienia w trakcie ciąży (19,2%) oraz gestoza (11,5%). Pojedyncze przypadki stanowiły schorzenia, tj. cukrzyca insulinozależna, toksoplazmoza, przodujące łożysko, czy też jego odklejenie [11]. Podobne czynniki ryzyka można było zaobserwować w przeprowadzonym badaniu, a mianowicie: skurcze i rozwarcie stanowiły 10% powodów przedwczesnego porodu, gestoza podobnie jak w badaniu Dytrych – 14%, niewydolność szyjki oraz nadciśnienie – po 12%. Znikomymi przypadkami w badaniu autorskim również było zagrożenie pęknięcia macicy (8%), infekcje (4%), łożysko przodujące (8%), odklejenie się łożyska (4%), przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego (6%), stan przedrzucawkowy oraz przedwczesne odejście wód płodowych (po 2%). Stymulację za pomocą metody Wojty można zacząć dopiero, gdy stan kliniczny niemowlęcia na to pozwala [8,10].

W badaniach Dytrych częstotliwość odbywania się zajęć metodą Wojty (również instruktaż dla rodziców) przedstawiał się następująco: 50% przypadków – 2 razy w tygodniu, po 19,2% – 3 razy w tygodniu oraz raz w tygodniu, 7,6% - 3 razy w miesiącu, raz w miesiącu stanowił tylko jeden przypadek [11]. Zestawiając te wyniki z badaniem własnym, można było zaobserwować różnicowanie w przypadku częstotliwości odbywania się terapii metodą Wojty, gdyż 12% dzieci uczęszczało na metodę codziennie, ponad połowa, bo aż 68% badanych uczęszczała na terapię rzadziej niż 3 razy w tygodniu, a 20% badanych maluchów uczęszczało na zajęcia metodą Wojty przynajmniej 3 razy w tygodniu. W badaniu Dytrych matki stymulowały dzieci w domu 2 razy dziennie (30,7%), 3 razy dziennie (26,7%), 19,2% – 4 razy dziennie, zaś 15,4% dzieci było stymulowane 2 lub 3 razy dziennie, a dwoje pacjentów stymulowanych było sporadycznie [11]. Wyniki przeprowadzonych badań własnych były

podobne do wyżej wspomnianych wyników Dytrych, gdyż 52% rodziców w badaniu własnym stosowało ćwiczenia według zaleceń i instruktażu kilka razy w ciągu dnia, zaś 38% rodziców ćwiczyło tylko raz dziennie. To bardzo obiecujący wynik, gdyż żaden z rodziców nie ćwiczył np. kilka razy w tygodniu, czy miesiącu. Wynik terapii nie zależy tylko od stosowanej metody, ale również od predyspozycji oraz kompetencji terapeuty, atmosfery jaka panuje w domu rodzinnym, a także od zaangażowania rodziców i stanu zdrowotnego malucha. Częste zakażenia, infekcje oraz pobyty w szpitalu zakłócały ciągłość rehabilitacji, mając przez to wpływ na obniżenie skuteczności terapii metodą Vojty [12]. Jednak nie wszyscy wypowiedzieli się pozytywnie na temat terapii zaproponowanej przez Vojtę. Roznatowska-Przystawa mimo iż przyznała, że terapia rzeczywiście jest skuteczna u dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej, to jednocześnie ostrzegała, aby zbyt wcześnie i pochopnie nie rozpoznawać mózgowego porażenia dziecięcego, gdyż uważa ona metodę Vojty za niewystarczającą do tego celu [13].

Stosując metodę Vojty, obok korzyści motorycznych, obserwuje się również uaktywnienie wegetatywne oraz szereg korzystnych reakcji w układzie krwionośnym, oddechowym, pokarmowym oraz wydalniczym [14]. Michałowska-Mrozek analizowała skuteczność wczesnego usprawniania dzieci z symptomami ciężowo-okołoporodowymi uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) metodami NDT oraz Vojty. Ocenie został poddany rozwój psychoruchowy, a także rozwój motoryczny w pozycji supinacyjnej i pronacyjnej, rozwój mowy, koordynacja wzrokowo-ruchowa oraz zainteresowanie otoczeniem i umiejętność koncentracji uwagi. Obydwie metody pokazały podobną skuteczność [14]. Okurowska-Zawada i wsp. porównali skuteczność metody Vojty ze skutecznością metody NDT-Bobath. Obserwacja była prowadzona na 86 dzieciach, które cierpiały na przepuklinę oponowo-rdzeniową w latach 1990-2005. Uwagę zwrócono na celowość zastosowania metody Vojty jako wybranej terapii dla najmłodszych dzieci m.in. z powodu, iż nie wymagała ona świadomej współpracy pacjenta, poprawiała czucie powierzchowne oraz głębokie, a także trofikę niedowładnych obszarów [14]. W badaniu własnym większość dzieci zaczęło terapię metodą Vojty między 1. a 3. miesiącem życia, zaś po ukończeniu 6. miesiąca życia wprowadzona została metoda NDT. 40% dzieci ćwiczyło naprzemiennie obiema wyżej wymienionymi metodami. Kolejną grupę, która odgrywała kluczową rolę w zakresie usprawniania metodą Vojty oraz metodą NDT, stanowiły patologie o genetycznym podłożu, charakteryzujące się wiotkością. Takim zespołem genetycznym jest zespół Downa [15,16]. W tym schorzeniu podobnie, jak u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym, z którym

borykało się 16% badanych w badaniu własnym, uzyskuje się poprawę napięcia mięśni poprzez stymulację metodą Wojty. Następuje również poprawa ustawienia kontroli głowy oraz miednicy, rozwój aparatu artykulacyjnego, a także korzystne zmiany w układzie wegetatywnym [14]. Dokuczliwym i decydującym często o niepełnosprawności problemem stała się spastyczność. Od lat poszukiwany jest „złoty środek”, który pozwoliłby zlikwidować, czy chociaż istotnie ograniczyć skutki tego niewłaściwego napięcia mięśniowego, z którym zmagало się 52% niemowląt w badaniu autorskim. Ważną rolę, aby ograniczyć skutki spastyczności odgrywa, obok farmakologii oraz fizykoterapii, terapia metodą Wojty oraz w tym przypadku wiodąca metoda NDT-Bobath. Z analizy doniesień naukowych wynika, iż obydwie metody są równorzędnie skuteczne, a wynik usprawniania jest zależny od stopnia uszkodzenia układu nerwowego pacjenta. Stosowanie elementów w terapii metody Wojty oraz NDT-Bobath u jednego pacjenta w przypadkach uzasadnionych wydaje się słuszne, ze względu na specyficzność jednej i drugiej metody, kiedy nie budzi niepokoju o ich interferencję [14]. Porównując wyniki badań własnych potwierdza się skuteczność metody Wojty również u wcześniaków, gdyż aż 76% rodziców zauważyło poprawę po zajęciach metodą Wojty, a pozostałe 24% rodziców nie widziało żadnej poprawy. Dodatkowo, aby potwierdzić skuteczność metody Wojty zapytano w ankiecie rodziców, czy poleciliby innym rodzicom z podobnym problemem tą metodę – 80% rodziców odpowiedziało, że poleciliby ją innym rodzicom, a 20% odpowiedziało przeciwnie.

Halczuk za pomocą siedmiu reakcji ułożeniowych wg zaleceń Wojty stwierdziła u wszystkich badanych przez siebie dzieci występowanie najczęściej zaburzeń w symetrii ciała. W badaniach własnych najbardziej popularnym schorzeniem, które występowało było wzmożone napięcie mięśniowe (52%), ale niewiele mniej, bo 48%, stanowiły dzieci z asymetrią ułożeniową. Warto dodać, że mimo iż wyniki wydają się bardzo podobne, to grupę badaną Halczuk stanowiła mała grupa, w porównaniu z ilością przebadanych dzieci w badaniu własnym (30 chłopców i 20 dziewczynek w wieku od 4 do 8 miesiąca życia), bo tylko 6-osobowa grupa dzieci (5 chłopców i 1 dziewczynka) w wieku od 2 do 24 miesięcy [17].

Analiza asymetrii ułożeniowej oraz funkcjonalnej to dodatkowe narzędzie diagnostyczne, służące do oceny zaburzeń neurologicznych u niemowląt. Zazwyczaj niewłaściwe funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) manifestuje się asymetrią odruchów nerwowych oraz asymetrią w dystrybucji napięcia mięśniowego, ale również asymetrią ułożeniową czy funkcjonalną w czasie motoryki spontanicznej dziecka. Asymetria

ułożeniowa polega na nierównomiernym rozłożeniu powierzchni ciała przylegającej do podłoża, w stosunku do środkowej linii ciała. Najbardziej korzystnym rozkładem przylegania byłby 50% po prawej i 50% po lewej stronie [18]. W badaniach autorskich ogólnie, bez wyszczególniania pozycji supinacyjnej i pronacyjnej, tę przypadłość posiadało 48% dzieci. Pyzio i wsp. w swoich badaniach uwzględniły te pozycje dodatkowo u dzieci zdrowych i u tych z ZOKN. Różnice w obciążaniu strony prawej oraz lewej u zdrowych niemowląt nie przekroczyły 18%, zaś u maluchów z zaburzeniem ośrodkowej koordynacji nerwowej doszły do 66%. Zauważono też, że u wszystkich niemowląt borykających się z zaburzeniem ośrodkowej koordynacji nerwowej, następowała wyraźna predyspozycja do obciążania jednej ze stron, zarówno w pozycji pronacyjnej, jak i supinacyjnej. Ciekawostką był fakt, iż zdrowe niemowlęta bardzo często odmiennie obciążały stronę prawą oraz lewą w obydwu pozycjach badania. $\frac{4}{5}$ dzieci z ZOKN, u których dominowała asymetria, charakteryzowały się pozycją supinacyjną [18]. Na podstawie badań Wójtowicz i wsp. oraz wyników badań własnych potwierdzono, iż metoda Wojty cieszy się skutecznością w terapii dzieci z ZOKN [19,20]. Okazało się, że metoda ta jest również skuteczna w przypadku zwiększenia biernej ruchomości stawów biodrowych. Wyniki badań Szynczewskiej i wsp. dowiodły, iż stosowana przez 8 miesięcy terapia zmniejszyła stopień ZOKN u dzieci. Na podstawie tych badań stwierdzono, że u dzieci borykających się z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej, które poddane zostały 8-miesięcznej rehabilitacji metodą Wojty, zwiększyła się bierna ruchomość stawów biodrowych. Cechy wzmożonego, czy też obniżonego napięcia mięśniowego, były jednym z objawów ZOKN, który można wykryć za pomocą metody Wojty [19]. Lovell w swych badaniach deformacje stawów biodrowych uwzględnił jako wtórne zaburzenia funkcji mięśni. Podał, że 11,7% dzieci miało zmiany w stawach biodrowych, z tego 1,7% stanowiły typowe dysplazje stawów biodrowych, a pozostałe 10% były wynikiem niewłaściwego napięcia mięśni. Wzmożone napięcie mięśniowe, które w badaniu własnym stanowiło 52% i było najczęściej występującym schorzeniem w badaniach własnych, może ustawić dolną kończynę w przywiedzeniu, wewnętrznej rotacji i wyproście, a obniżone napięcie mięśniowe, z którym boryka się tylko 16% badanych w badaniu własnym dzieci, ustawia kończynę w zgięciu oraz hyperabdukcji, tworząc tym samym nieodpowiednie statyczne warunki dla rozwoju stawu biodrowego [20]).

Wnioski

1. Terapia metodą Vojty jest kompleksową, potwierdzoną naukowo, odpowiednią dla dzieci, a przy tym niedrogą, formą rehabilitacji usprawniającą przede wszystkim zaburzenia centralnej koordynacji nerwowej.
2. Najistotniejszą rolę w procesie rehabilitacji odgrywają rodzice dziecka, bowiem spoczywa na nich obowiązek jej systematycznego prowadzenia, dzięki któremu możliwe jest uzyskanie maksymalnego efektu terapeutycznego.
3. Badanie wykazało, że rehabilitacja metodą Vojty jest niezwykle skuteczną formą działań usprawniających, ponieważ pierwsze zauważone efekty zaobserwowano już po pierwszym tygodniu uczęszczania na terapię. Wykazano również zależność, że im częstsza rehabilitacja metodą Vojty, tym bardziej widoczny efekt prowadzonej terapii.

Bibliografia

1. Helwich E.: Przyczyny porodów przedwczesnych i podstawowe czynniki ryzyka wynikające z wcześniactwa. [w:] Wcześniak. Helwich E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 11-17.
2. Dytrych G.: Rehabilitacja i pielęgnacja dziecka przedwcześnie urodzonego. *Rehabilitacja*, 2012; 3: 31-36.
3. Banaszek G.: Metoda Vojty jako wczesna diagnostyka neurorozwojowa i koncepcja terapeutyczna. *Przeł Lek.*, 2010; 67: 67-76.
4. Vojta V.: Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter. Hippokrates, Stuttgart 2000.
5. Vojta V., Peters A.: Das Vojta-Prinzip. Springer-Verlag, Berlin 1992.
6. Vojta V.: Die Posturale Ontogenese als Basis der Entwicklungsdiagnostik. *Der Kinderarzt* 1989; 5: 669-674.
7. Wójtowicz D., Skrzek A., Pyzio M., Żak M.: Ocena terapii metodą Vojty z punktu widzenia rodzica jako terapeuty swojego dziecka. *Acta Bio-Opt Inform Med.*, 2007; 13: 300-304.
8. Kułakowska Z. (red.): Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu – od neurofizjologii do rehabilitacji. Wydawnictwo Bifolium, Lublin 2003.

9. Gajewska E., Samborski W.: Zastosowanie diagnostyki wg Vojty dla wczesnego wykrycia zaburzeń rozwoju. *Rocz PAM.*, 2006; 2: 101-104.
10. Kułakowska Z.: Wczesne uszkodzenie mózgu. [w:] *Wcześnieśnik*. Helwich E. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
11. Dytrych G.: Analiza rozwoju ruchowego dzieci urodzonych z niską masą urodzeniową usprawnianych metodą Vojty. *Neurol Dziec.*, 2009; 18: 41-48.
12. Dytrych G.: Kontrowersje wokół metody Vojty – spojrzenie terapeuty. *Neurol Dziec.*, 2008; 17: 59-62.
13. Wójtowicz D., Sadowska L., Hawrylak A.: Ocena efektywności terapii metodą Vojty u niemowląt na podstawie diagnostyki neurokinezyologicznej i badania ortopedycznego stawów biodrowych. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków*, 2005; 3: 328-335.
14. Józwiak S., Podogrodzki J.: Zastosowanie i porównanie metod NDT-Bobath i Vojty w leczeniu wybranych patologii układu nerwowego u dzieci. *Przeł Lek.*, 2010; 67: 64-66.
15. Adameczek A., Werner B.: Fizjoterapia dzieci z zespołem Downa. *Fizjot Pol.*, 2007; 7: 381.
16. Choińska A., Sadowska L., Bartosik B.: Rozwój psychoruchowy u dzieci z zespołem Downa usprawnianych od urodzenia w uwzględnieniu wzorców postawy i lokomocji. *Post Rehab.*, 2002; 16: 43.
17. Wójtowicz D., Dołyk B.: Wpływ terapii metodą Vojty na ruchomość stawów biodrowych niemowląt z zaburzeniami ruchowymi pochodzenia ośrodkowego. *Fizjoterapia*, 2006; 14: 40-49.
18. Pyzio M., Wójtowicz D., Skrzek A.: Ocena asymetrii niemowląt – zestawienie badania klinicznego z badaniem podoskopowym przy użyciu stanowiska do diagnozy niemowląt Podo Baby. *Fizjot Pol.*, 2010; 10: 156-164.
19. Halczuk M.: Efekty terapii metodą Vojty u dzieci z zaburzeniami rozwoju pochodzenia ośrodkowego. *Rehabilitacja w Pediatrii*, 2005; 3: 62-64.
20. Lovell W: *Pediatric ortopedics*. J. B. Lippincot Comp., New York 1978.

Ocena zachowań zdrowotnych kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz deficytu wiedzy i zapotrzebowania na edukację zdrowotną z zakresu profilaktyki osteoporozy.

Ewelina Nowak¹, Matylda Sierakowska², Elżbieta Krajewska-Kułak²

¹ – Oddział Chirurgii z Pododdziałem Urologii w SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Osteoporoza definiowana jest na podstawie *International Osteoporosis Foundation* (IOF), jako „choroba układu kostnego, charakteryzująca się obniżoną wytrzymałością kości, co prowadzi do zwiększenia ryzyka złamań. Wytrzymałość kości odzwierciedla przede wszystkim gęstość mineralna w połączeniu z jakością tkanki kostnej”. W przebiegu osteoporozy złamania występują po niewielkim urazie. Są to tak zwane urazy niskoenergetyczne, w wyniku których, kości zdrowego człowieka nie doznałyby uszczerbku [1].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osteoporoza kwalifikowana jest do chorób cywilizacyjnych, o charakterze społecznym i szybko narastającym problemie zdrowotnym. Na wzrost zachorowalności wpływają: wydłużenie średniej długości życia, postęp urbanizacji i niekorzystne zmiany w stylu życia, takie jak niedobór wysiłku fizycznego i nieprawidłowe nawyki żywieniowe. Szacuje się, że choroba dotyka 10% populacji po 50 roku życia, w tym większość stanowią kobiety [2].

Według danych statystycznych, w Polsce na osteoporozę choruje 4 mln osób (około 20% dorosłej populacji), gdzie u 7% kobiet osteoporozę stwierdza się w wieku 45-54 lat, u 25% w wieku 65-74 lat, a prawie u 50% w wieku 75-84 lat. Po pierwszym złamaniu niskoenergetycznym ryzyko kolejnego złamania wzrasta 2-10 krotnie. Pięcioletnie ryzyko złamań kości, przy niewielkiej sile, u kobiet do 55 roku życia wynosi 2,8%, a po 90 roku życia sięga aż 60% [3, 4].

Osteoporozę można podzielić w zależności od rozległości choroby oraz lokalizacji miejsc, w których dochodzi do zaniku kościna: miejscową i uogólnioną. Pod względem etiologii wśród osteoporoz uogólnionych wyróżnia się postaci pierwotne i wtórne. Postać pierwotna dzieli się na idiopatyczną osteoporozę młodzieńczą oraz inwolucyjną, z nieprawidłowościami metabolizmu kości, przyspieszającymi fizjologiczną osteopenię. Wyróżnia się w niej osteoporozę pomenopauzalną (typ I) i starczą (typ II) [2].

Osteoporoza pomenopauzalna jest postacią, której głównym powodem rozwoju jest wypadnięcie czynności jajników i związany z tym niedobór estrogenów, nasilający się znacznie po 50-tym roku życia. Charakterystyczne jest tu stałe tempo ubytku masy kostnej, rzędu 2-3% rocznie (najintensywniejsze w pierwszych pięciu latach menopauzy). Dominuje zanik kości gąbczastej, dlatego złamania dotyczą głównie kręgów oraz przynadgarstkowej części kości promieniowej. Niedobór estrogenów sprawia, iż procesy resorbcyjne tkanki kostnej przeważają nad kościotworzeniem [5-17]. Brak estrogenów skraca dodatkowo cykl życia komórek kostnych, takich jak osteocyty i osteoblasty, które są istotne w procesie tworzenia, jak i naprawczym. Zwiększona resorpcja tkanki kostnej w osteoporozie pomenopauzalnej skutkuje wzrostem stężenia wapnia w surowicy, a zmniejszeniem sekrecji parathormonu oraz syntezy witaminy D w nerkach, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszonego wchłaniania tego pierwiastka w przewodzie pokarmowym [2,4,5].

Zwiększenie częstości zachorowalności na osteoporozę związane jest z wystąpieniem czynników ryzyka, które dzielą się na niemodyfikowalne oraz modyfikowalne – środowiskowe.

Do czynników niemodyfikowanych należą: predyspozycje rodzinne (złamania osteoporotyczne w wywiadzie); zaawansowany wiek (od ok. 35 roku życia następuje fizjologiczny ubytek tkanki kostnej), płeć (osteoporoza występuje u kobiet cztery razy częściej niż u mężczyzn), rasa (częściej biała), wczesna menopauza (przed 45 rokiem życia), choroby współistniejące (w sposób pośredni lub bezpośredni zaburzają przemiany kostne) oraz szczupła sylwetka ($BMI < 18\text{kg/m}^2$) [6,7].

Wśród czynników modyfikowalnych wyróżniamy: siedzący tryb życia i długotrwałe unieruchomienie (brak pobudzania procesów tworzenia tkanki kostnej), niedopowiednia dieta (niedobór wapnia i witaminy D lub ich niedostateczne wchłanianie w przewodzie pokarmowym), nadużywanie alkoholu (zaburzenie metabolizmu kostnego), nadmierne spożywanie kawy – ponad trzy filiżanki na dobę (nasilenie kalciurii i zmniejszenie wapnia w

surowicy, skutkujące zaburzeniem wydzielania parathormonu, który kompensując niedobór wapnia, uwalnia go z kości) oraz przewlekła steroidoterapia [6,7].

Osteoporoza jest chorobą, która zazwyczaj rozwija się skrycie i przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo. Jej pierwszym sygnałem może być złamanie bez urazu, określane jako „upadek z wysokości własnej”. Złamania osteoporotyczne mogą występować w każdej części szkieletu, najczęściej dotyczą: trzonów kręgów piersiowych i lędźwiowych, dalszej nasady kości przedramienia i nasady bliższej kości udowej. Do złamania osteoporotycznego kości przedramienia w okolicy nadgarstka dochodzi wskutek podparcia się dłonią o podłogę w czasie upadku. Złamanie szyjki kości udowej dotyczy populacji osób starszych, gdzie połowa przypadków złamań dotyka chorych w wieku 80 lat i więcej. Objawy złamania są bardzo bolesne i wymagają leczenia ortopedycznego i rehabilitacji [1-7].

Złamania kręgosłupa nieco różnią się od innych złamań osteoporotycznych, gdyż nie dochodzi do przerwania ciągłości kości, a zmianie ulega kształt poszczególnych kręgów. W początkowym stadium choroba przebiega bezobjawowo, a w miarę jej rozwoju chorzy skarżą się na napięcie mięśni przykręgowych, ból przy zginaniu kręgosłupa, zmniejszony zakres ruchów kręgosłupa, dyskomfort przy siadaniu i wstawaniu spowodowany bólem. Obserwuje się pogłębienie kifozy piersiowej i lordozyszyjnej, obniżenie wzrostu o 2-4 cm przy każdym złamaniu kręgu, zmiany w sposobie poruszania się (niezgrabnychód). Chorzy skarżą się na zaburzenia trawienia (ucisk narządów jamy brzusznej przez żebra) oraz obniżoną wydolność oddechową i duszność.

Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia, osteoporoza można być rozpoznana na podstawie złamaniaiskoenergetycznego, bez względu na zmniejszoną gęstość mineralną kości (BMD), u kobiet po menopauzie lub u mężczyzn powyżej 65 roku życia [8].

Podstawowym celem leczenia osteoporozy jest prowadzenie działań mających na celu zapobieganie złamaniom, zwłaszcza kości szyjki udowej. Strategia profilaktyki odnosi się do osób po przebytych złamaniu osteoporotycznym, ale też i tych potencjalnie zagrożonych, w związku z niską masą kostną i towarzyszącymi czynnikami ryzyka. Głównym zadaniem w diagnostyce jest ocena prawdopodobieństwa ryzyka złamań.

Kompleksowe leczenie osteoporozy obejmuje farmakoterapię, jak i nefarmakologiczne metody, mające na celu eliminację czynników ryzyka oraz poprawienie kondycji kości. W każdym przypadku wybór terapii zależy od stanu chorego (płci, wieku, aktywności), stopnia

zaawansowania osteoporozy, chorób współistniejących i akceptacji pacjenta [7,8].

W profilaktyce osteoporozy najważniejszym celem jest niedopuszczenie do pierwszego złamania, jak i kolejnych złamań, a w sytuacji złamania, zminimalizowanie skutków. W działaniach zapobiegawczych ważne jest prowadzenie odpowiedniej diety, aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia [9].

Na osiągnięcie prawidłowej masy kostnej i ukształtowanie szkieletu kostnego wpływ ma odpowiednia podaż wapnia i witaminy D, już u kobiet w okresie ciąży i karmiących piersią. Na podstawie norm opracowanych przez Instytut Żywności i Żywienia zalecaną dawką podaży wapnia jest 1500 mg/dobę, a witaminy D3 400 j.m./dobę, rozpoczynając suplementację od drugiego trymestru ciąży [10,11]. Według norm ustalonych w 2008 roku przez Instytut Żywności i Żywienia, kobiety w wieku dojrzałym powinny przyjmować 1300 mg do 1500 mg wapnia dziennie, a witaminy D 800 IU/dobę, głównie w okresie jesienno-zimowym [12]. Najważniejszym źródłem tego pierwiastka powinna być żywność, a w szczególności mleko i jego przetwory oraz warzywa. Jedna szklanka mleka zawiera 300 mg wapnia, co jest jedną trzecią dziennego zapotrzebowania na ten pierwiastek u osoby dorosłej. Oprócz mleka, źródłem wapnia mogą być warzywa, m.in. brokuły, kapusta, rośliny strączkowe, soja, soczewica, orzechy, jak i ryby: sardynki, makrele. Naturalnym i bogatym źródłem witamina D są: tłuste ryby (halibut, makrela, łosoś), kurza wątróbka, jaja i margaryna. Innym, łatwym do uzyskania źródłem, są promienie słoneczne[13].

Wpływ na wchłanianie wapnia w organizmie ma również białko zwierzęce, mogące zmniejszać ten proces. Ważne jest również ograniczenie spożywania soli, herbaty, mocnej kawy i coca-coli, zwiększających wydalanie wapnia z moczem[13-16].

Istotną rolę w utrzymaniu prawidłowej równowagi szkieletu i wzmocnieniu siły mięśniowej ma wysiłek fizyczny. Najlepszą formą są ćwiczenia oporowe oraz jazda na rowerze, pływanie, spacer (pokonując trasę min. 2 km), nordic-walking. Intensywność ćwiczeń powinna być bezpieczna, dopasowana indywidualnie do pacjenta, biorąc pod uwagę jego stan zdrowia i wytrzymałość[17,18].

Kolejnym elementem, mającym wpływ na stan kości, jest spożywanie używek. Nadużywanie alkoholu przyczynia się do rozwoju osteoporozy, a szczególnie zwiększa ryzyko złamań szyjki kości udowej. Alkohol utrudnia przemianę witaminy D w ustroju, co wiąże się z mniejszym wchłanianiem wapnia z jelit i zwiększonym wydalaniem z moczem oraz,

podobnie jak palenie papierosów, działa toksycznie na osteoblasty [19].

Profilaktyka pierwotna opiera się głównie na wczesnym wykrywaniu czynników ryzyka osteoporozy oraz ich jak najszybszej eliminacji [20].

Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych wybranej grupy kobiet w okresie około-menopauzalnym, określenie deficytu wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki osteoporozy i zapotrzebowania na edukację zdrowotną, identyfikacja zmiennych społeczno-demograficznych, mających wpływ na podejmowane zachowania profilaktyczne.

Material i metody badań

Badaniem objęto kobiety w okresie około-menopauzalnym (n=130), w przedziale wiekowym 45-65 lat, pacjentki 3 wybranych, białostockich niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Badania prowadzono w okresie od grudnia 2014 do końca marca 2015 r.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety, skonstruowanego na potrzeby prowadzonych badań, zawierającego pytania dotyczące profilaktyki osteoporozy oraz kwestionariusza IZZ (Indeks Zachowań Zdrowotnych) autorstwa Z. Juczyńskiego [21]. W IZZ interpretuje się wyniki w zakresie 24-120 pkt.: 24-56 – niskie nasilenie zachowań zdrowotnych; 57-89 – średnie/przeciętne; 90-120 – wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Skala umożliwia również ocenę nasilenia zachowań zdrowotnych w czterech obszarach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne. Na prowadzenie badań badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMB.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech mierzalnych wyliczono średnią arytmetyczną oraz odchylenie standardowe, a dla cech jakościowych - rozkład ilościowo-procentowy. Zbadano również liniową zależność pomiędzy badanymi cechami, obliczając współczynnik korelacji Pearsona r . Przyjęto wartość $p \leq 0.05$ jako statystycznie istotną zależność.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica v.10.

Wyniki

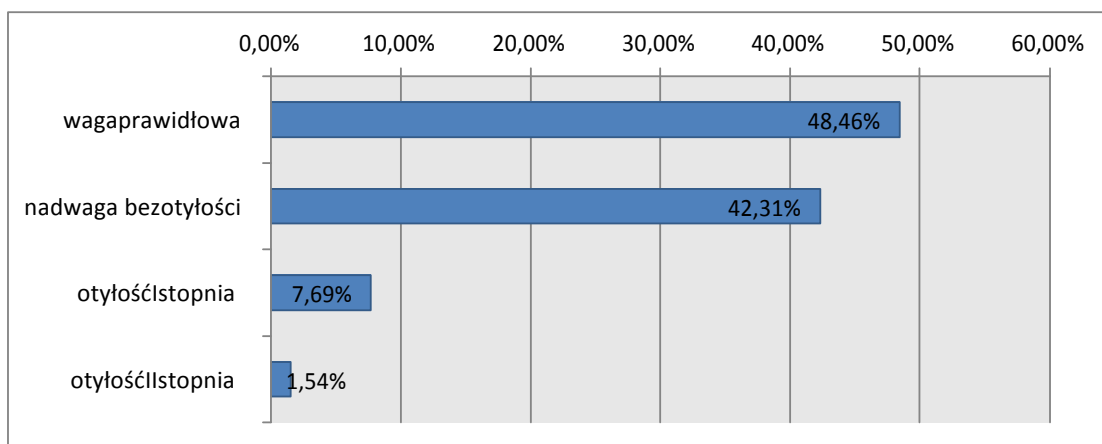
Charakterystyka badanej grupy

Średnia wieku respondentek wynosiła 54,32 ($\pm 6,50$), najmłodsza badana miała 41 lat, a najstarsza – 68 (Tab. I). Pacjentki podzielono na trzy grupy wiekowe: 40-50 lat (33,85%), 51-60 lat (46,92%) oraz 61-70 lat (19,23%). Respondentki prezentowały głównie średni poziom wykształcenia (53,08%), 29,23% – zawodowy, a 8,46% – podstawowy. Dyplom studiów wyższych posiadało zaledwie 9,23% ankietowanych. Ponad połowa badanych była aktywna zawodowo (54,62%). Osoby bezrobotne stanowiły 17,69% grupy, emerytki – 13,08%, a rencistki – 14,63%. W badanej populacji, 69,23% kobiet określiło swój status materialny jako wystarczający na zaspokojenie podstawowych potrzeb, 17,39% – niski, a 13,08% – bardzo dobry.

Tabela I. Statystyka opisowa zmiennej wiek i BMI

Badane zmienne	N	Średnia(\pmSD)	Minimum	Maksimum
Wiek	13	54,32($\pm 6,50$)	41,00	68,00
BMI	130	25,37($\pm 3,34$)	18,73	35,86

Średnia wartość wskaźnika BMI w badanej grupie wynosiła 25,37 ($\pm 3,34$), gdzie wartość minimalna była równa 18,73 (waga prawidłowa), a wartość maksymalna 35,86 (otyłość II stopnia) (Tabela. I). Otrzymany wynik średni, według klasyfikacji WHO, mieści się w granicach nadwagi bez otyłości. Według wartości wskaźnika BMI wagę prawidłową miało 48,46% kobiet, nadwagę – 42,31%, otyłość – 9,23% (w tym I stopnia – 7,69%, a II stopnia – 1,54%)(Ryc. 1).



Ryc. 1. Struktura respondentów ze względu na wskaźnik BMI

Analiza dowiodła, że wiek respondentek korelował ze wskaźnikiem BMI: osoby starsze istotnie częściej miały problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała ($r=0,490, p < 0,001$).

Szczegółowe omówienie wyników

Wiedzę na temat definicji osteoporozy posiadało 78,46% badanych. Badania dowiodły, że wraz z wiekiem ankietowane kobiety istotnie mniej znały definicję osteoporozy ($r=-0,237, p=0,006$), natomiast wraz z poziomem wykształcenia wiedza była większa ($r=0,276, p=0,001$).

Zdaniem 79,23% osteoporozą najbardziej zagrożone są kobiety po 55 r.ż. Wraz z poziomem wykształcenia ankietowane kobiety istotnie częściej wskazywały prawidłową odpowiedź ($r=0,222, p=0,011$).

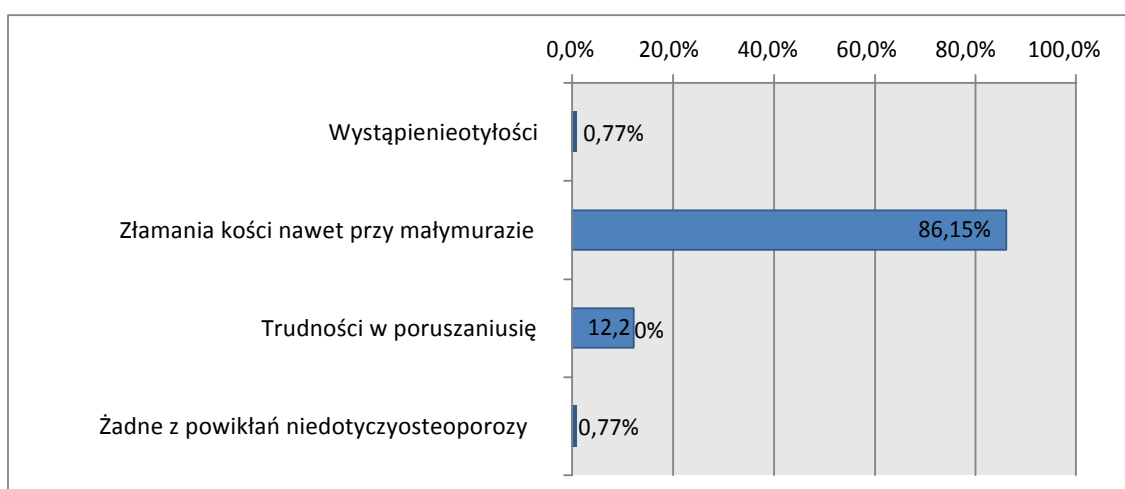
Najczęściej, jako czynnik ryzyka osteoporozy respondentki wymieniały siedzący tryb życia (59,23%). Ponad połowa wskazała na nieprawidłowe żywienie (51,54%) oraz predyspozycje genetyczne (52,31%). Co czwarta ankietowana (26,92%) uważała, że ryzyko zachorowania podnoszą używki: alkohol i papierosy. Natomiast co piąta wskazała wczesną menopauzę – po 45 r.ż. (23,08%) oraz długotrwałe unieruchomienie (22,31%). Tylko w opinii 13,85% do osteoporozy predysponuje otyłość.

Stwierdzono istotne zależności pomiędzy wiekiem i poziomem wykształcenia a wskazaniem wczesnej menopauzy jako czynnika podnoszącego ryzyko zachorowania. Wraz z wiekiem kobiety istotnie rzadziej wskazywały na ten czynnik ($r=-0,194, p=0,026$), natomiast wraz z

poziomem wykształcenia wzrastała świadomość zagrożenia ($r=0,264$, $p=0,002$). Stwierdzono również istotne zależności pomiędzy wiekiem i poziomem wykształcenia a wskazaniem na przyjmowanie sterydów jako czynnika podnoszącego ryzyko zachorowania. Kobiety starsze istotnie rzadziej wskazywały na ten czynnik ($r=-0,224$, $p=0,010$), natomiast wraz z poziomem wykształcenia wzrastała świadomość zagrożenia ($r=0,252$, $p=0,003$).

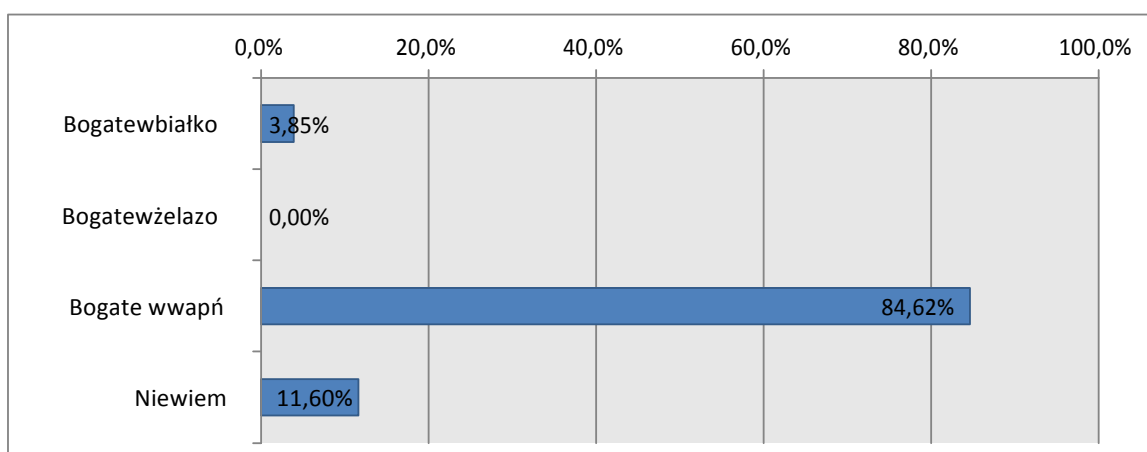
Zdaniem 69,23% densytometria to badanie gęstości mineralnej kości.

Jako powikłanie w osteoporozie 86,15% ankietowanych kobiet wskazało złamania kości, nawet przy małym urazie (Ryc. 2).



Ryc.2. Powikłania osteoporozy w opiniibadanych kobiet

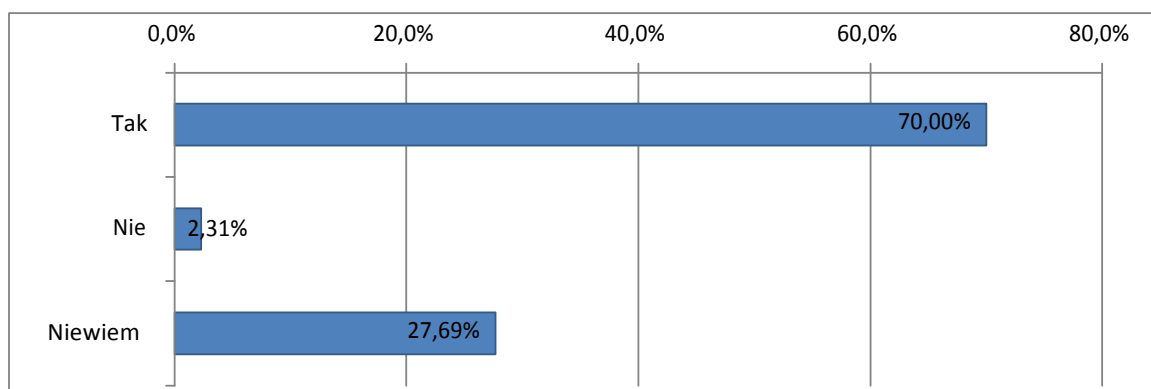
Zdaniem 84,62% respondentek dieta w osteoporozie powinna być bogata w wapń (Ryc.3).



Ryc. 3. Produkty żywnościowe zalecane w osteoporozie

W zakresie podejmowanej aktywności fizycznej, za działania profilaktyczne lub lecznicze w osteoporozie, 63,08% badanych uznało spacer, 34,62% – pływanie, a 36,92% – jazdę na rowerze. Nie stwierdzono, aby wiek czy poziom wykształcenia istotnie wpływały na wiedzę w tym zakresie ($p \geq 0,05$).

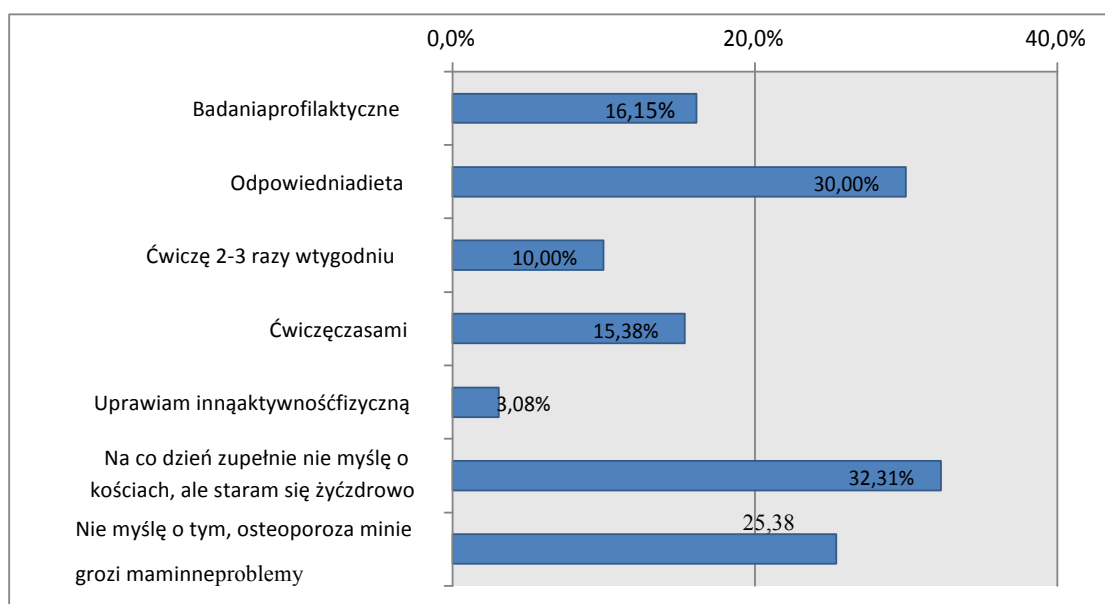
Zdaniem 70,00% ankietowanych kobiet, witamina D pozyskiwana poprzez ekspozycję na promieniowanie słoneczne ma wpływ na zdrowe i mocne kości, bez zależności istotnych od wieku, czy wykształcenia badanych (Ryc. 4).



Ryc. 4. Wpływ witaminy D na stan zdrowia w opinii respondentek

Znajomość zasad profilaktyki osteoporozы potwierdziło 3/4 respondentek. Posiadaną wiedzę kobiety najczęściej uzyskały z mediów: prasa – 37,69%, telewizja – 21,54%, Internet – 10,00%. Rola edukacyjna personelu medycznego w tym zakresie była znikoma – 3,08%.

W badanej grupie, żadnych działań w zakresie profilaktyki osteoporozы nie podejmowało 25,38% respondentek. Wśród pozostałych kobiet 30,00% deklaruowało, że stosuje dietę, 15,38% wykonuje badania profilaktyczne, 10,00% podejmuje regularne ćwiczenia. Preferowana aktywność fizyczna to: jazda na rowerze, spacer, nordic-walking (Ryc. 5).



Ryc. 5. Działania profilaktyczne podejmowane przez respondentki

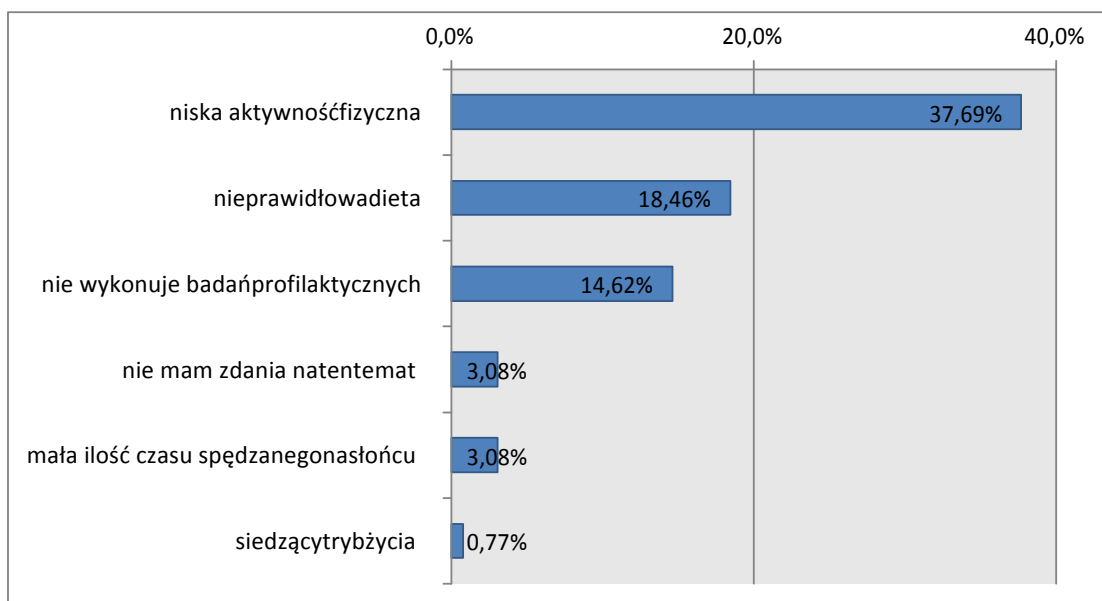
(wyniki nie sumują się do 100% ponieważ badani mieli wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Prawie co trzecia badana przyjęła postawę „na co dzień zupełnie nie myślę o kościach, ale staram się żyć zdrowo”. Nie wykluczała ona jednak podejmowania działań profilaktycznych.

Nie stwierdzono, aby wiek czy poziom wykształcenia istotnie wpływały na postawę w tym zakresie ($p \geq 0,05$).

Edukacją w zakresie osteoporozy zainteresowanych było 80,77% badanych.

Respondentki oceniły, jakie błędy popełniają w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych, które mogą skutkować w przyszłości wystąpieniem osteoporozy. Najczęściej wskazywały na niską aktywność fizyczną (37,69%), złe odżywianie (18,46%) oraz nie wykonywanie badań profilaktycznych (14,62%) (Ryc. 6).



Ryc. 6. Błędy w stylu życia i zachowaniach zdrowotnych respondentek, sprzyjające wystąpieniu osteoporozy.

(wyniki nie sumują się do 100% ponieważ badani mieli wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych IZZ

Średnia wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych dla ogółu ankietowanych wynosiła 81,14 ($\pm 8,64$), co kwalifikuje ten wynik jako przeciętny. Ogółem, niski poziom nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskała co trzecia respondentka (33,08%), ponad połowa przeciętny (56,15%), a wysoki tylko 10,77% badanych.

Istotność korelacji potwierdzono jedynie w przypadku wpływu aktywności zawodowej na poziom zachowań zdrowotnych. Stwierdzono, że kobiety pracujące zawodowo wykazywały się istotnie wyższym nasileniem zachowań zdrowotnych niż pozostałe respondentki ($r = -0,215, p = 0,013$) (Tabela. II).

Tabela. II. IZZ: ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych

Grupa	N	Średnia(±SD)	Minimum	Maksimum
Ogółem	130	81,14(±8,64)	61,00	95,00
Wiek ($r(X,Y)=-0,090,p=0,305^*$)				
40-50lat	44	81,77(±8,72)	61,00	95,00
51-60lat	61	81,41(±8,83)	64,00	95,00
61-70lat	25	79,36(±8,16)	64,00	94,00
Wykształcenie ($r(X,Y)=-0,135,p=0,123^*$)				
Podstawowe	11	80,91(±9,30)	64,00	94,00
Zawodowe	38	82,97(±8,12)	64,00	95,00
Średnie	69	80,91(±8,64)	61,00	95,00
Wyższe	12	76,83(±9,54)	65,00	93,00
Status materialny ($r(X,Y)=-0,015,p=0,857^*$)				
Bardzodobry	17	79,17(±8,86)	66,00	94,00
Dobry	90	81,98(±8,52)	61,00	95,00
Niski	23	79,26(±8,80)	64,00	92,00
Aktywność zawodowa ($r(X,Y)=-0,215,p=0,013$)				
Pracazawodowa	71	82,70(±8,34)	61,00	95,00
Bezrobotna	23	79,95(±9,19)	65,00	94,00
Emerytka	17	80,58(±8,72)	64,00	94,00
Rencistka	19	77,21(±8,11)	64,00	90,00

* brak istotności $p \geq 0,05$

W badanej grupie kobiet, ogółem, najwyższą średnią nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskano w zakresie zachowań profilaktycznych, a najniższą – prawidłowe nawyki żywieniowe. W wymiarze pozytywnego nastawienia psychicznego ($r=-0,206$; $p=0,019$) oraz praktyk zdrowotnych ($r=-0,181$; $p=0,039$), istotne znaczenie miał poziom aktywności zawodowej respondentek (Tabela. III).

Tabela. III. Wartości średnie wskaźników nasilenia zachowań zdrowotnych w podskalach IZZ

Grupa	N	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne
OGÓLEM	130	3,23(±0,48)	3,47(±0,48)	3,39(±0,56)	3,33(±0,55)
Wiek					
40-50lat	44	3,30(±0,49)	3,55(±0,55)	3,45(±0,57)	3,32(±0,50)
51-60lat	61	3,43(±0,46)	3,42(±0,42)	3,40(±0,56)	3,33(±0,62)
61-70lat	25	3,17(±0,48)	3,44(±0,45)	3,28(±0,55)	3,34(±0,48)
<i>r(X,Y)</i>		-0,064	-0,098	-0,105	0,012
<i>P</i>		0,469*	0,268*	0,235*	0,892*
Wykształcenie					
Podstawowe	11	3,24(±0,47)	3,45(±0,53)	3,33(±0,61)	3,45(±0,51)
Zawodowe	38	3,42(±0,38)	3,40(±0,44)	3,52(±0,53)	3,47(±0,51)
Średnie	69	3,27(±0,55)	3,57(±0,41)	3,37(±0,56)	3,26(±0,57)
Wyższe	12	3,34(±0,27)	3,13(±0,70)	3,16(±0,59)	3,15(±0,54)
<i>r(X,Y)</i>		-0,042	-0,020	-0,110	-0,187
<i>P</i>		0,639*	0,820*	0,214*	0,033
Status materialny					
Bardzo dobry	17	3,41(±0,32)	3,28(±0,67)	3,25(±0,50)	3,24(±0,61)
Dobry	90	3,33(±0,51)	3,54(±0,44)	3,42(±0,56)	3,36(±0,55)
Niski	23	3,22(±0,44)	3,33(±0,37)	3,38(±0,62)	3,26(±0,54)
<i>r(X,Y)</i>		-0,109	0,001	0,052	0,001
<i>P</i>		0,217*	0,998*	0,553*	0,997*
Aktywność zawodowa					
Pracazawodo	71	3,34(±0,48)	3,51(±0,52)	3,49(±0,52)	3,42(±0,55)
Bezrobotna	23	3,31(±0,47)	3,43(±0,37)	3,32(±0,59)	3,24(±0,58)
Emerytka	17	3,29(±0,54)	3,50(±0,50)	3,33(±0,54)	3,29(±0,55)
Rencistka	19	3,25(±0,46)	3,13(±0,40)	3,16(±0,63)	3,13(±0,46)
<i>r(X,Y)</i>		-0,071	-0,124	-0,206	-0,181
<i>P</i>		0,419*	0,161*	0,019	0,039

Dyskusja

Osteoporoza jest istotnym problemem zdrowotnym, społecznym jak i ekonomicznym współczesnego społeczeństwa. Charakteryzuje się zwiększonym ubytkiem masy kostnej, a w

konsekwencji osłabieniem mikroarchitektury tkanki kostnej, prowadzącym do zwiększonej łamliwości kości. Nie bez powodu została nazwana mianem „cichego złodzieja kości”, gdyż w początkowej fazie przebiega bez żadnych objawów, a w większości przypadków do rozpoznania dochodzi dopiero w chwili złamaniakości [4, 7].

Częstość występowania osteoporozy zwiększa się wraz z wiekiem. Kobiety w okresie menopauzy, z związku z osłabioną gospodarką hormonalną jajników, narażone są bardziej od mężczyzn na wystąpienie osteoporozy [6, 17].

Kompleksowe postępowanie terapeutyczne, oparte na współpracy wielodyscyplinarnego zespołu, zajmującego się prowadzeniem edukacji zdrowotnej oraz leczeniu wczesnych stadiów choroby, może sprzyjać osiągnięciu celów, jakimi są: uniknięcie postępującego ubytku masy kostnej oraz zminimalizowanie niekorzystnych następstw złamań osteoporotycznych [8,22,23].

Z badań własnych wynika, że znaczny procent kobiet (78%) wie, że osteoporoza jest chorobą charakteryzującą się mniejszą gęstością mineralną kości, aczkolwiek jest to zależność istotna od poziomu wykształcenia ($p \leq 0,05$).

Wielu autorów podkreśla, że osteoporoza dotyczy najczęściej kobiet po przebytej menopauzie, w związku ze znacznym wzrostem ubytku kostnego, na skutek niedoboru estrogenów w tym okresie [6,17].

Badania własne wykazały, iż większość ankietowanych, jako grupę najwyższego ryzyka zachorowania na osteoporozą, uznała kobiety po ukończeniu 55 roku życia. Stwierdzono również, że wraz z poziomem wykształcenia, badane istotnie częściej wskazywały prawidłową odpowiedź.

Dane z piśmiennictwa dowodzą, że dominującymi czynnikami ryzyka osteoporozy są predyspozycje genetyczne, wczesna menopauza, szczupła sylwetka, przyjmowanie sterydów, mała aktywność fizyczna, długotrwałe unieruchomienie oraz nadmierne spożywanie kawy, alkoholu i palenie papierosów [5,7,9,11].

Analiza badań własnych dowodzi, że najczęściej, jako czynnik ryzyka osteoporozy respondenci wymieniały siedzący tryb życia (59%). Ponad połowa wskazała na nieprawidłowe żywienie oraz predyspozycje genetyczne. Co czwarta ankietowana uważała, że ryzyko zachorowania podnoszą używki: alkohol i papierosy, a co piąta wczesna menopauza i

długotrwałe unieruchomienie. Stwierdzono istotne zależności pomiędzy wiekiem i poziomem wykształcenia a wskazaniem wczesnej menopauzy oraz przyjmowanie sterydów, jako czynniki podnoszące ryzyko zachorowania.

Badanie densytometryczne jest jedną z podstawowych metod, niezbędnych w diagnostyce osteoporozy [24]. Analiza danych pozwoliła stwierdzić, że ok. 70% badanych kobiet zna istotę densytometrii, w celu rozpoznania osteoporozy.

Autorzy przedmiotu podają, że odpowiednia dieta bogata w wapń opóźnia procesy demineralizacyjne kości, co w konsekwencji zapobiega osteoporozie [13,16].

Z badań własnych wynika, że większość respondentek (85%) знаła wpływ wapnia na profilaktykę osteoporozy i zalecenia dietetyczne w tym zakresie.

Zdaniem Czerwińskiego, odpowiednio dobrana aktywność ruchowa opóźnia procesy osłabiające masę kostną. Autor zwraca uwagę na korzystne znaczenie ruchu w profilaktyce osteoporozy [25].

Uzyskane dane potwierdzają, iż w zakresie działań profilaktycznych, ankietowane preferują takie formy aktywności fizycznej, jak: spacer, pływanie oraz jazdę na rowerze.

Ekspert zalecają, by każda kobieta w okresie menopauzy wprowadzała w swoim stylu życia zasady, wpływające na polepszenie metabolizmu kostnego. Podkreślają znaczenie dobrze zbilansowanej diety, dostarczającej odpowiednie ilości witaminy D i wapnia. Niezbędnym również elementem profilaktyki złamań osteoporotycznych jest regularna aktywność fizyczna, dostosowana do możliwości pacjentów, ograniczenie spożywania alkoholu, palenia papierosów, jak i unikanie możliwości upadku [16, 17, 19].

Analiza danych pozwoliła stwierdzić, że w badanej grupie, żadnych działań w zakresie profilaktyki osteoporozy nie podejmowało 25% respondentek. Wśród pozostałych kobiet, 1/3 deklaruje stosowanie diety, pozostałe wykonywanie działań profilaktycznych, a zaledwie 10% podejmowanie regularnych ćwiczeń, gdzie preferowano: jazdę na rowerze, spacer, nordic-walking.

W profilaktyce choroby i procesie leczenia ważne jest kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) opisuje zachowania związane ze zdrowiem. Jest

pomocny w programowaniu działań profilaktycznych, ustalaniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych [20].

Wyniki Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wskazują, iż średnia wartość nasilenia zachowań zdrowotnych dla ogółu ankietowanych kobiet była na poziomie przeciętnym. Tylko co czwarta respondentka uzyskała wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Stwierdzono, że kobiety pracujące zawodowo wykazywały się istotnie wyższym nasileniem zachowań zdrowotnych niż pozostałe respondentki. Najwyższą średnią nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskano w zakresie zachowań profilaktycznych, a najniższą – prawidłowe nawyki żywieniowe (według uzyskanych wartości wskaźnika BMI nadwagę miało ponad 40% badanych, a otyłość ponad 9%). Tylko w wymiarze pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych, istotne znaczenie miał poziom aktywności zawodowej respondentek.

Juczyński w swoich badaniach podaje nieco wyższe średnie/przeciętne nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych, ogólnie wśród kobiet (IZZ 84.03) i mężczyzn (IZZ 78.50). Wartości IZZ u kobiet w okresie menopauzy są nieco wyższe - 85.98, niż w badaniach własnych, również w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych [20].

Osteoporoza jest schorzeniem, któremu w dużym stopniu można zapobiec, poprzez zwiększenie świadomości i motywacji pacjentów do podejmowania efektywnych działań profilaktycznych. Priorytetem jest położenie większego nacisku na edukację pacjentów, by prowadząc zdrowy styl życia, skutecznie zminimalizować ryzyko zachorowania [26].

Wnioski

Głównymi błędami, jakie badane kobiety wskazywały w swoim stylu życia i zachowaniach prozdrowotnych, były niska aktywność fizyczna, złe odżywianie oraz nie wykonywanie badań profilaktycznych.

Poziom wykształcenia badanych, jak i wiek istotnie wpływał na wiedzę na temat czynników ryzyka osteoporozy i specyfiki schorzenia. Wskazuje to na konieczność objęcia edukacją osoby starsze i z niższym wykształceniem.

Chęć pogłębienia wiedzy na temat osteoporozy deklarowała większość ankietowanych, co

uzasadnia potrzebę wdrażania w praktykę kliniczną ukierunkowanych działań edukacyjnych.

Bibliografia

1. Badurski J.: Osteoporoza a złamania. Wydawnictwo Blachorse Scientific Publishers Sp. z o.o., Warszawa2011.
2. Nigel K., Spector A., Spector T.: Osteoporoza – aktualny stan wiedzy. Wydawnictwo Borgis, Warszawa2013.
3. Badurski J., Dobreńko A., Nowak N., Jezienicka E.: Epidemiologia złamań osteoporotycznych i ocena 10-letniego ryzyka złamań w populacji kobiet regionu Białystok (BOS-2) algorytmem FRAX – WHO. Reumatologia, 2008; 2,72-79.
4. Samborski W., Brzosko M.: Reumatologia praktyczna. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Warszawa2011; 325-345.
5. Kowalczyk-Nowakowska J., Dmoch- Gajzlerska E.: Zagrożenia osteoporozą w okresie około menopauzalnym. Położna nauka i praktyka,2009; 2,13-17.
6. Guła Z., Korkosz M.: Osteoporoza u osób w wieku podeszłym — patogeneza, ocena ryzyka złamań i skuteczność przeciwzłamaniowa leków. Medycyna Wieku Podeszłego, 2011;, 1, 23-28.
7. Głuszko P.: Osteoporoza. [w:] Postępy reumatologii klinicznej. Zimmerman- Górski I. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa2014; 369-389.
8. Lorenc R., Głuszko P., Karczmarewicz E., Misiorowski W., Księżopolska-Orłowska K., Franek E., Horst-Sikorska W., Jabłoński M., Jaworski M., Kutra B., Męczałski B., Pluskiewicz W., Przedlacki J., Skalska A., Więcek A.: Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie – aktualizacja 2013. Medycyna Praktyczna, wyd. specj. Reumatologia1/2013.
9. Pluskiewicz W.: Osteoporoza – praktyczne zasady opieki lekarskiej nad chorym z osteoporozą. Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
10. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Osteoporoza – profilaktyka i leczenie. Przegląd Menopauzalny, 2010; 9,283-287.
11. Jarosz M.: Osteoporoza – porady lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.

12. Dmoch- Gajzlerska E., Rabiej A.: Profilaktyka osteoporozy. Położna nauka i praktyka,2011; 4, 12-15.
13. Grygiel-Górniak B., Pawlak- Buś K., Leszczyński P.: Sposób żywienia zapewniający optymalną podaż wapnia i witaminy D3. Przegląd Menopauzalny, 2012; 11,501-505.
14. Karczmarewicz E., Głuszko P., Lorenc R.: Osteoporoza – postępy 2009. Postęp w medycynie,2009; 5,17-21.
15. Germano C., Cabot W.: Osteoporoza – leczenie i zapobieganie. Wydawnictwo MADA, Warszawa2010.
16. Horst-Sikorska W., Wawrzyniak A.: Znaczenia żywienia w osteoporozie. Lekarz rodzinny, 2011; 4,372-379.
17. Celczyńska-Bajew L., Horst-Sikorska W., Warmuz -Stangierska I. i wsp. Jakość życia u kobiet z osteoporozą pomenopauzalną. Geriatria Polska, 2006; 2 , 3,190-197.
18. Buczkowski K., Chlabicz S., Hoserst-Sikorska W., Jaroszyński A., Siebert J., Tołataj M., Ignaszak-Szczepaniak M., Kardas P.: Osteoporoza. Postępowanie profilaktyczne, diagnostyczne i lecznicze. Wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Medycyna rodzinna, 2012; 6,153-160.
19. Mędrzel- Kuder E.: Zachowania antyzdrowotne sprzyjające powstaniu osteoporozy. Rocznik Państwowego Zakładu Higieny, 2009; 60,181-184.
20. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa2009.
21. Czarnocki Ł.: Osteoporoza – profilaktyka i leczenie. Gabinet prywatny, 2012; 9, 29-41.
22. Syrycka J., Jawiarczyk-Przybyłowska A., Pluta J., Bohater P.: Opieka farmaceutyczna – osteoporoza. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław2013.
23. Lewandowski B., Kita K., Kita J., Sulik A.: Badanie gęstości mineralnej kości oraz badania obrazowe w diagnostyce osteoporozy. Nowa –Medycyna, 2012; 5,54-57.
24. Czerwiński E., Borowy P., Amarowicz J., Rozpondek P.: Skuteczne zapobieganie złamaniom osteoporotycznym. Medycyna po dyplomie, 2014; 9,33-35.
25. Rabej M., Dmoch-Gajzlerska E. Profilaktyka osteoporozy.: Położna nauka i praktyka, 2011; 4,12-15.
26. Szalek E.: Edukacja pacjentek w okresie menopauzalnym i postmenopauzalnym w zakresie osteoporozy. Farmacja Współczesna, 2013; 6,53-56.

Zachowania zdrowotne i aktywność fizyczna osób bezrobotnych

Małgorzata Doroszkiewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kułak², Bożena Okurowska-Zawada³

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Fizjoterapia

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³ – Klinika Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym "Dać Szansę"

Wprowadzenie

W końcu marca 2015 roku [1] liczba zarejestrowanych bezrobotnych w urzędach pracy wyniosła 1.860,6 tys. osób (w tym 938,7 tys. kobiet) i była wyższa od odnotowanej w końcu poprzedniego kwartału o 35,5 tys. osób (tj. o 1,9%) oraz niższa o 321,6 tys. osób (o 14,7%) w porównaniu z analogicznym okresem poprzedniego roku.

W literaturze przedmiotu [2,3] podkreśla się, iż utrata zatrudnienia jest zawsze źródłem ogromnego stresu dla człowieka i towarzyszy temu poczucie lęku, złości i rozżalenia, zachwiany zostaje, wiele aspektów życia bezrobotnego, dotychczas będących filarami jego egzystencji. Sposób, w jaki dany człowiek radzi sobie z utratą pracy, zależy jest nie tylko od jego indywidualnych umiejętności, zasobów i mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, ale także od kompetencji i uwarunkowań osoby bezrobotnej, determinujących stopień trudności w ponownym znalezieniu pracy [2,3].

Brenner [4] zaobserwował, że wraz ze wzrostem bezrobocia w społeczeństwie, pogarsza się stan zdrowia populacji i odnotowuje się więcej zgonów, przyjęć do szpitali i zdiagnozowanych przypadków chorób przewlekłych. Bezrobotni długotrwale narażeni są na pojawianie się nowych lub nasilanie się dolegliwości związanych z już istniejącymi chorobami przewlekłymi głównie dotyczących układów: pokarmowego, krążenia, oddechowego, odpornościowego oraz sfery zaburzeń psychicznych i seksualnych [4]. Blisko 1/3 osób bezrobotnych zauważa pojawienie się nowych dolegliwości, które nie występowały,

gdy były jeszcze aktywnie zawodowo, takich jak: bezsenność, bóle głowy, ból w klatce piersiowej, spadek apetytu, bóle brzucha, częste infekcje [5].

Brak aktywności fizycznej (hipokinezja) lub jej niski poziom, mogą powodować szereg negatywnych zmian w organizmie ludzkim, zarówno w sferze fizjologicznej, jak i psychologicznej.

Celem zasadniczym badań była ocena zachowań zdrowotnych i aktywności fizycznej osób bezrobotnych. Za cele szczegółowe postawiono sobie sprawdzenie, jakiego różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne) preferują osoby bezrobotne, jaką aktywność fizyczną posiadają osoby bezrobotne oraz czy istnieje zależność pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a aktywnością fizyczną.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/233/2014. Badanie przeprowadzono w grupie 150 osób bezrobotnych. Łącznie rozdano 183 ankiety, zwrótnie zebrano 150 ankiet.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z IV części – łącznie 44 pytań, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej IPAQ [6] oraz standaryzowany inwentarz zachowań zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego [7].

Dla ocenianych parametrów aktywności fizycznej wyznaczono podstawowe parametry statystyki opisowej: średnie arytmetyczne (\bar{x}), odchylenia standardowe (SD) i współczynniki zmienności (V). Do oceny rozkładu danych zastosowano test normalności Shapiro-Wilka. Rozkład analizowanych zmiennych różnił się istotnie od rozkładu normalnego. W celu określenia istotności różnic między średnimi wynikami jej samooceny u studentów fizjoterapii i dietetyki przeprowadzono za pomocą testu nieparametrycznego testu Wilcoxa.

Wyniki badań

Wśród ankietowanych było 65% kobiet oraz 35% mężczyzn, w tym 29,3% osób w przedziale wiekowym 18-26 lat; 31,3% osób od 27 do 35 lat; 14% z przedziału 36-45 lat; 18% osób w wieku od 46 do 55 lat oraz 7,33% ankietowanych w wieku ponad 56 lat. Pośród ankietowanych, aż 50% stanowiły osoby będące w formalnych związkach, drugą z kolei najliczniejszą grupę – panny i kawalerowie (37,3%), a zdecydowanie mniej liczne były osoby

rozwidzione (8%), po utracie współmałżonka (3%) oraz w separacji (1%). W dużych miastach, powyżej 200. tysięcy mieszkańców, zamieszkiwało 72,7% spośród ankietowanych, na wsiach – 14%, a 13,3% – w miastach małych i średnich. 46% bezrobotnych posiadało wykształcenie wyższe, 36% średnie, a jedynie 18% zawodowe. Samotnymi rodzicami było 24% badanych. Z dziećmi mieszkało 46% osób, z dziećmi i dziadkami – 26%, a z dziećmi, dziadkami i pradziadkami – 4%.

Najwięcej ankietowanych (34,7%) oceniało swoją sytuację materialną, jako przeciętną. Bardzo podobnie, bo aż 30,7% uważało ją za dobrą. Trzecią z kolei wybieraną odpowiedzią było sformułowanie „zła” – 21,2% bezrobotnych. Jedynie po 6,7% spośród respondentów uważało że jest bardzo dobra lub nie było w stanie jej ocenić. Okazało się, iż 22% ankietowanych zapewniało podstawowy dochód do budżetu rodziny, a aż 78% było na jej utrzymaniu.

Najwięcej badanych, bo 37,3%, było bezrobotnych w przedziale od pół roku do 2 lat. 33,3% nie znalazło zatrudnienia przez ostatnie 6 miesięcy i aż 29,3% ponad 2 lata. Jako przyczyny utracenia pracy najczęściej respondenci wymieniali redukcje etatów (33,3%) oraz brak wcześniejszej aktywności zawodowej (26,7%). 16,7% osób bezrobotnych samych zrezygnowało z poprzedniej pracy, 10% z powodów zdrowotnych i tyleż samo z innych przyczyn, np. ciąży. Ponad 55% spośród bezrobotnych poszukiwało pracy o charakterze biurowym, natomiast pozostałe, niecałe 45% o charakterze fizycznym.

Wśród ankietowanych 53,3% stanowiły osoby o prawidłowych wartościach BMI (pomiędzy 18,5 a 25), zaś z nadwagą lub otyłe (BMI wynoszące ponad 25) – 46,7%.

Oceniając swoją sprawność fizyczną, aż 37,33% ankietowanych uznało ją, jako dobrą, a niecałe 20% – jako bardzo dobrą, 4,7% – jako minimalną, 29,3% – jako dostateczną i aż ponad 9% nie było w stanie ocenić własnej sprawności fizycznej.

Interesujący jest fakt, że najwięcej respondentów uważało aktywność fizyczną za przyjemność (38,7%), bądź racjonalną formę spędzania wolnego czasu (25,3%). Natomiast po 18% traktowało ją, jako konieczność, czy też stratę czasu.

Nie ćwiczyło 36,7% bezrobotnych. Aktywność fizyczną raz w tygodniu podejmowało 20,7% osób, a 24% deklarowało, iż ćwiczy 2-3 razy w tygodniu. Jedynie 6% trenowało codziennie, 10% podejmowało aktywność 4 i więcej razy w tygodniu, a 2,6% raz w miesiącu. Prawie

19% ankietowanych deklarowało, iż systematycznie uprawia sport, 27% trenowało czasami, a zdecydowana większość respondentów, bo aż 54% nie uprawiała żadnego sportu.

Wśród bezrobotnych, którzy oceniali swoją sprawność fizyczną, jako minimalną, 85,7% nie ćwiczyło w ogóle, a pozostali ćwiczyli raz w tygodniu. Z osób weryfikujących własną kondycję jako dostateczną, aktywności nie podejmowało aż 43,2% ankietowanych, 2-3 razy w tygodniu ćwiczyło 22,7% osób, raz w miesiącu – 6,8% badanych, a 4 i więcej razy w tygodniu – 6,8% osób. W grupie oceniających swoją aktywność, jako dobrą nie ćwiczyło 30,4% respondentów, 25% czyniło to 2-3 razy w tygodniu, a po 6,8% 4 i więcej razy w tygodniu lub raz w miesiącu. Natomiast spośród respondentów, którzy uważali swoją sprawność fizyczną za bardzo dobrą – 13,8% nie ćwiczyło wcale, 34,5% deklarowało, iż ćwiczy 2-3 razy w tygodniu, 21,4% – raz w miesiącu, a 20,4% – 4 i więcej razy. Bezrobotni, którzy mieli problem z określeniem swojej aktywności, aż w 64,3% nie ćwiczyli, w 14,3% ćwiczyli 2-3 razy w tygodniu, a 7,1% – raz w miesiącu.

Osoby, według których aktywność fizyczna jest czystą przyjemnością – ćwiczyły najczęściej 2 lub więcej dni w tygodniu (59% tych osób) oraz uprawiały jakiś sport systematycznie lub czasami (72%). Aż 92,6% wśród bezrobotnych, którzy uważali treningi za stratę czasu, nie ćwiczyło w ogóle. Potwierdza to informacja, iż 100% z tej grupy nie uprawiała żadnego sportu. Co interesujące, jedynie 45% spośród respondentów uważających ruch za racjonalne spędzanie czasu wolnego, deklarowało podejmowanie aktywności częściej niż raz w tygodniu.

Interesujący jest fakt, iż wśród respondentów ponad 57% spędzało siedząc średnio dziennie 4-8 godzin (w tym 39% mężczyzn i 18% kobiet – $p > 0.05$). Aż 29% deklarowało, iż w takiej formie spędza ponad 8 godzin dziennie (w tym 17% mężczyzn i 11% kobiet – ($p > 0.05$)). Tylko 14% bezrobotnych siedziało w ciągu dnia mniej niż 4 godziny (w tym 9% mężczyzn i 5% kobiet 18% – ($p > 0.05$))

Spośród respondentów, którzy uważali zajęcia ruchowe w szkole za potrzebne, już tylko 64% sądziło, że są tak samo niezbędne na studiach, 19% uważało, że nie są czymś ważnym, a 17% nie miało na ten temat zdania. Natomiast pozostali ankietowani mają takie samo stanowisko odnośnie zajęć wychowania fizycznego w szkole jak i na studiach.

Najchętniej wybieraną formą biernego wypoczynku przez bezrobotnych było oglądanie telewizji (48,7%), surfowanie po Internecie (40,7%), czytanie książek (45,3%), sen (34,7%) i

słuchanie muzyki (30%). Rzadziej wskazywano czytanie prasy (15,3%) oraz rozwiązywanie krzyżówek (11,3%). Badania wykazały, iż spośród najbardziej preferowanych biernych form wypoczynku jedynie surfowanie po Internecie było istotnie zależne od poziomu wykształcenia ($p < 0,001$) oraz czasu trwania w bezrobociu ($p = 0,002$). Z takiej formy wypoczynku korzystało zdecydowanie więcej osób nie posiadających wyższego wykształcenia, oraz ankietowani, którzy nie byli jeszcze bezrobotni długotrwale. Płeć natomiast miała bardzo istotny wpływ ($p < 0,001$) na wybór czytania literatury, jako idealnej formy relaksu. Okazało się, iż kobiety sięgają po nią zdecydowanie częściej.

Najpopularniejszymi formami aktywności w grupie bezrobotnych była jazda na rowerze (46%) oraz spacer z psem (39,3%). Ankietowani chętnie korzystali także z siłowni (32,7%), basenu (28%) i zajęć aerobiku (22,7%). Rzadziej były to joga (14,7%), intensywne marsze (14%), taniec (13,3%), jazda na nartach/snowboard (12,0%), czy gimnastyka (10,7%). Wśród ulubionych rodzajów ruchu stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy kobietami, a mężczyznami. Płeć żeńska zdecydowanie częściej wybierała spacer z psem ($p = 0,0091$), czy zajęcia na basenie ($p = 0,0014$). Z wykonanych analiz wynika, iż popularna wśród bezrobotnych jazda na rowerze, nie była zależna od płci. Wybór siłowni, jako preferowanej formy ruchu, dokonywały częściej osoby o wykształceniu wyższym ($p = 0,0012$) oraz osoby bezrobotne krótkotrwale ($p < 0,001$). Miejsce zamieszkania nie wpływało istotnie statystycznie na rodzaj preferowanych form zarówno biernego, jak i aktywnego wypoczynku.

Najwięcej respondentów (40%) korzystało z autobusu, jako głównego środka lokomocji. Co interesujące najliczniejszą zaraz po nich grupę stanowiły osoby poruszające się samochodami (28%). 18% ankietowanych najczęściej przemieszczało się pieszo, a 14% używało w tym celu roweru.

Aż 96% osób biorących udział w badaniu, uważało wychowanie fizyczne w szkole za przedmiot potrzebny, a 62%, że przedmiot taki powinien być prowadzony na etapie kształcenia wyższego. Niecałe 19% twierdziło, że jest on na tym etapie zbędny i także 19% nie było w stanie określić swojego zdania w tej sprawie.

Za najczęstszą przeszkodę w podejmowaniu jakiejkolwiek aktywności fizycznej ankietowani wymieniali brak chęci (68,7%), brak nawyków takiego spędzania czasu (36%), brak czasu (36%), zmęczenie (31,3%), słabą motywację (30,7%), nieświadomość pozytywnych skutków aktywności (28,7%), brak znajomych podejmujących aktywność (24,7%), wysokie koszty

uczestnictwa w zajęciach w siłowniach i klubach fitness (20,7%) oraz zły stan zdrowia (16,7%)

Większość ankietowanych deklarowała, iż najchętniej podjęłoby aktywność fizyczną ze względu na chęć utrzymania dobrej kondycji (37% badanych). Innym powodem mogłaby być według badanych chęć poprawy stanu zdrowia (31%). Mniej przekonującymi powodami były zalecenia lekarskie (16%), czy ucieczka od stresów (15%). Nie stwierdzono istotnych zależności od płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania czy czasu trwania bezrobocia względem wybierania przeszkód w podejmowaniu aktywności fizycznej.

W grupie bezrobotnych najważniejszym celem ćwiczeń było zachowanie dobrej formy fizycznej (35%). Za bardzo istotne uważali także utrzymanie idealnej sylwetki (22%), spadek wagi ciała (20%) oraz odreagowanie stresu (15%). Po 4% respondentów wskazało chęć poznania nowych ludzi lub odprężenia po pracy. Zarówno chęć utrzymania dobrej kondycji ($p=0,001$) jak i chęć poprawy stanu zdrowia ($p<0,05$) to silnie zależne od płci powody wymieniane przez respondentów.

Badani mieli za zadanie dokonać, w skali 10-stopniowej, samooceny zdrowia. Najwięcej osób (22%) zaznaczyło 8 pkt., następnie 7 pkt. (18%), 9 pkt. (17,3%) i 6 pkt. (14,7%). Rzadziej wskazywano 5 pkt. (8,7%), 4 pkt. (8%), 10 pkt. (6,7%), 3 pkt. (3,3%) lub 2 pkt. (1,3%). Średnio, w skali 10-stopniowej, badani swoje zdrowie ocenili na $7\pm 1,9$ pkt. Kobiety zaznaczały najczęściej 8 pkt. (20,7%), 7 pkt. (22,7%), 6 pkt. (15,5%) oraz 9 i 5 pkt. (po 11,3%). Rzadziej 3 lub 10 (po 6,2%) lub 4 pkt. (6,1%). Średnio, w skali 10-stopniowej, badane kobiety swoje zdrowie oceniały na $6,9\pm 1,7$ pkt. Mężczyźni zaznaczali najczęściej 9 pkt. (34,7%), 6 pkt. (18,3%), 8 pkt. (14,5%), 10 lub 4 pkt. (po 10,8%). Rzadziej wskazywano 5 lub 2 pkt. (po 4,5%) lub 3 pkt. (1,9%). Średnio, w skali 10-stopniowej, badani mężczyźni swoje zdrowie oceniali na $7,3\pm 2,3$ pkt. Zdecydowanie częściej mężczyźni niż kobiety oceniali swój stan zdrowia na większą liczbę punktów. Średnie wartości punktowe w skali 10-stopniowej pomiędzy kobietami a mężczyznami i nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$) 53 M - $7,3\pm 2,3$ pkt; 97 K - $6,9\pm 1,7$ pkt.

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż spośród osób diagnozujących swoją sprawność fizyczną jako minimalną, nikt nie oceniał stanu swojego zdrowia na więcej niż 7 punktów. Po 3, 5, 6 i 7 pkt. wybrało po 14% badanych, a 4 pkt. - 43%.

Bezrobotni uważający swoje możliwości ruchowe jako dostateczne, najczęściej (23%) oceniali stan zdrowia na 6 pkt., 7 i 8 pkt. – po 18% osób, 5 pkt. – 17% , 4 i 9 – po 9%, 3 pkt. – 5%, a 2 lub 10 pkt. – po 2% badanych.

Respondenci o dobrej kondycji w większości oceniali własne zdrowie na 8 pkt. (27%) lub 7 pkt. (25%). 6 pkt. zadeklarowało 16% badanych, 9 pkt. – 14%, 5 pkt. – 9%, 10 pkt. – 5% i 4pkt. – 4% badanych.

Ci bezrobotni, którzy szacowali swoją sprawność jako bardzo dobrą, uważali się też za bardzo zdrowych – 48% oceniało stan swojego zdrowia na 9 pkt., a co ważniejsze nikt nie ocenił go niżej niż 6 pkt., w tym na 8 pkt. – 28% badanych, na 10 pkt. – 21% , a tylko na 6 – 3% osób.

W grupie która miała problem z deklaracją odnośnie swojej aktywności, 29% osób swój stan zdrowi oceniło na 9 pkt., 21% na 4 pkt., po 14% na 3 i 8 pkt., i po 7% na 2, 5 lub 6 pkt.

Z opieki medycznej zawsze w razie potrzeby korzystało 43% ankietowanych, 25% zgłaszało się do lekarza kilka razy w roku, a 20% raz na pół roku. W placówkach medycznych 10% respondentów pojawiała się raz w miesiącu.

Ankietowani w największym stopniu deklarowali, iż zawsze stosują się do zaleceń lekarza (44,5%). 34% stwierdziło, że przestrzega lekarskich sugestii, ale tylko czasami. Natomiast ponad 17% wybierało tańszy odpowiednik leku, niż ten przepisany przez lekarza.

Najwięcej bezrobotnych radziło sobie z problemami zdrowotnymi stosując środki farmaceutyczne dostępne bez recepty, nie zgłaszając się do lekarza (30,7%). Ograniczało się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów 28,7% badanych, a nic nie robiło i starało się przeczekać dolegliwości – 18%. Tylko 21,3% ankietowanych od razu szło do lekarza, gdy czuli się chorzy, odczuwali ból lub mieli jakieś dolegliwości.

Okresowym badaniom profilaktycznym raz na kilka lat poddawało się 30% bezrobotnych, raz rok – 21% bezrobotnych, a 6% co pół roku. Niepokojące wydaje się, iż aż 34,7% badanych nie pamiętało kiedy była ostatnio na takich badaniach, a 9% nigdy takich badan nie miało.

Wśród respondentów najwięcej osób przyznało się do regularnego spożywania alkoholu (57%). 26% bezrobotnych piło alkohol sporadycznie, 13% badanych było abstynentami, a 4% wcześniej piło a obecnie nie spożywa alkoholu.

Do regularnego palenia papierosów przyznało się 31% bezrobotnych. Aż 43% z osób objętych badaniem deklarowało, iż nie jest uzależniona od nikotyny. W badanej grupie znajdowało się też 22% osób, które wygrały walkę z tym nałogiem i w momencie przeprowadzanych badań nie paliło już papierosów, a 4% paliło okazjonalnie.

Kawę regularnie piło 51% ankietowanych, a 28% badanych spożywało ją sporadycznie, 15% nie piło jej, a 6% wcześniej piło kawę, a obecnie nie.

Biorąc pod uwagę polskie normy inwentarza zachowań zdrowotnych (IZZ) – 48,7% ankietowanych, w tym 52,8% mężczyzn i 46,4% kobiet ($p > 0.05$) reprezentowało grupę zachowań zdrowotnych przeciętnych. Niski poziom zachowań zdrowotnych dotyczył 33,3% badanych, w tym 34% mężczyzn i 33% kobiet ($p > 0.05$), a wysoki poziom zachowań zdrowotnych – 18%, w tym 13,2% mężczyzn i 20,6% kobiet ($p > 0.05$).

Przeciętne wartości wskaźnika zachowań zdrowotnych nie różniły się znacząco pomiędzy sobą. Okazało się, iż niezależnie od płci, wykształcenia, czy aktywności fizycznej, wskaźnik ten w badanej populacji był podobny i świadczył o zachowaniach o charakterze przeciętnym. W obu płciach dane te rozkładały się podobnie i nie stwierdzono pomiędzy nimi istotnych różnic.

Płeć tymczasem istotnie statystycznie wpływała na wybieranie poszczególnych zachowań zdrowotnych wśród bezrobotnych. Jak wskazała analiza wyników badań, kobiety zdecydowanie wyżej oceniały takie zachowania, jak: jedzenie dużej ilości warzyw i owoców ($p < 0,001$), spożywanie pieczywa pełnoziarnistego ($p < 0,05$) i ograniczenie w diecie tłuszczu zwierzęcych i cukrów ($p = 0,0055$).

Kobiety zdecydowanie bardziej niż mężczyźni uważały, iż dbają o prawidłowe odżywianie ($p < 0,001$). Zwraçały też większą uwagę na wskazówki otoczenia odnośnie stanu ich zdrowia ($p = 0,009$), chętniej dowiadywały się, jak inni unikają chorób ($p = 0,005$) oraz deklarowały, iż częściej zgłaszają się na badania lekarskie ($p < 0,001$), jak również częściej przestrzegali później zaleceń specjalistów ($p < 0,05$). Kobiety wyraźnie bardziej unikały także przeziębienia ($p = 0,03$) oraz nadmiernego przemęczania się ($p = 0,03$). Płeć żeńska dokładniej kontrolowała swoją wagę ($p = 0,046$). Mężczyźni natomiast mieli pozytywniejsze nastawienie do życia ($p = 0,03$). Powyższe i pozostałe wyniki obrazuje Tabela I.

Tabela. I. Zróżnicowanie względem płci preferowanych zachowań zdrowotnych

rodzaj zachowania IZZ	średnia IZZ kobiet	SD	średnia IZZ mężczyzn	SD	p
jem dużo warzyw i owoców	3,97	1,00	3,11	0,97	<0,001
unikam przeziębien	3,95	1,07	3,53	1,23	0,03151
poważnie traktuje wskazówki osób wyrażających zaniepokojeniem moim zdrowiem	3,32	1,22	2,75	1,3	0,00898
wystarczająco dużo odpoczywam	3,49	1,08	3,79	1,06	0,10713
ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	3,15	1,21	2,58	1,12	0,00551
mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	3,08	1,83	2,32	1,75	0,01469
unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	3,37	1,12	3,19	1,13	0,34320
unikam przepracowania	3,23	1,15	3,36	1,18	0,50739
dbam o prawidłowe odżywianie	3,68	1,09	2,87	1,00	<0,001
przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	4,05	1,03	3,68	1,09	0,04031
staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	2,98	1,11	3,25	0,98	0,14583
kontroluję swoją wagę	3,44	1,24	3,00	1,37	0,04590
unikam spożywania żywności z konserwantami	2,95	1,41	2,30	1,26	0,00610
regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,40	1,17	2,47	1,31	<0,001
mam przyjaciół, uregulowane życie rodzinne	4,23	1,00	4,09	1,01	0,44164
wystarczająco dużo śpię	3,86	0,94	4,00	0,78	0,34138
unikam soli i silnie solonej żywności	3,10	1,24	2,87	1,21	0,26389
staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	2,53	1,178	1,98	1,03	0,00521
unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,08	1,01	2,96	1,04	0,49029
ograniczam palenie tytoniu	3,65	1,57	3,75	1,63	0,69886

jem pieczywo pełnoziarniste	3,49	1,27	3,04	1,18	0,03200
staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3,09	1,32	2,85	1,26	0,27305
myślę pozytywnie	3,25	1,21	3,7	1,20	0,03024
unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	3,49	1,09	3,08	1,17	0,03006

Czas pozostawania na bezrobociu nie wykazał istotnych statystycznie różnic w większości preferowanych zachowań zdrowotnych. Wyjątek stanowiło unikanie sytuacji, które wpływają na ankietowanych przygnębiająco (przy poziomie istotności $p=0,033$), wśród których takiej sytuacji unikało zdecydowanie więcej bezrobotnych długotrwale, w stosunku do osób nie posiadających zatrudnienia krócej niż 2 lata. Podobnie respondenci pozostający dłużej bez pracy zauważalnie częściej deklarowali, iż spędzają śpiąc wystarczająco dużo czasu ($p=0,04$).

W badaniach na przeprowadzonej grupie bezrobotnych wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy płcią, a zachowaniami w niektórych z podgrup zachowań zdrowotnych. Kobiety prezentowały istotnie statystycznie częściej prawidłowe nawyki żywieniowe ($p<0,001$) – kobiety średnia IZZ $20,35\pm 4,72$, mężczyźni średnia IZZ $16,77\pm 4,44$ oraz zachowania profilaktyczne ($p<0,001$) – kobiety średnia IZZ $20,10\pm 4,07$, mężczyźni średnia IZZ $16,83\pm 4$. Nie stwierdzono, pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet, istotnych statystycznie różnic w pozytywnym nastawieniu do życia ($p=0,67576$) – kobiety średnia IZZ $20,23\pm 4,07$, mężczyźni średnia IZZ $19,94\pm 3,75$ i praktykach zdrowotnych ($p=0,771150$) – kobiety średnia IZZ $21,16\pm 3,91$, mężczyźni średnia IZZ $20,98\pm 3,26$.

Istotna statystycznie była zależność pomiędzy niektórymi spośród wyżej wymienionych grup, a czasem pozostawania na bezrobociu. Osoby, które pozostawały na bezrobociu krócej niż 24 miesiące (średnia IZZ $19,48\pm 4,06$), zdecydowanie lepiej dbały o zachowania profilaktyczne ($p=0,01840$), niż osoby bezrobotne długotrwale (średnia IZZ $17,66\pm 4,72$). Posiadały one także (średnia IZZ $20,97\pm 3,39$) wyraźnie lepsze nastawienie psychiczne ($p<0,001$), w porównaniu do osób bezrobotnych długotrwale (średnia IZZ $18,09\pm 4,47$). Nie wykazano istotnie statystycznych różnic pomiędzy czasem trwania na przymusowym braku zatrudnienia, a nawykami żywieniowymi ($p=0,34801$) – bezrobocie krócej niż 24 miesiące średnia IZZ $19,33\pm 4,66$, bezrobocie długotrwale średnia IZZ $18,50\pm 4,83$ oraz praktykami zdrowotnymi ($p=0,58039$) – bezrobocie krócej niż 24 miesiące średnia IZZ $21,21\pm 3,87$, bezrobocie długotrwale średnia IZZ $20,84\pm 3,22$.

Jak wskazują analizy statystyczne, jedynie wśród osób wysoko aktywnych brak było istotnych statystycznie różnic względem wysokości wskaźnika zachowań zdrowotnych (średnia pkt. IZZ 82,88±14,7 – p=0,37576). Natomiast istotna była zależność statystyczna występująca w grupie osób wystarczająco aktywnych (p=0,043) – średnia pkt. IZZ 80,44±10,88 oraz niewystarczająco aktywnych (p=0,0072) – średnia pkt. IZZ- 74,31±13,2. Zauważyć można, iż niższy wskaźnik zachowań zdrowotnych bardzo istotnie łączył się z niską aktywnością fizyczną.

W grupie respondentów nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy czasem pozostawania na bezrobociu, a poziomem aktywności fizycznej. Niewystarczająca aktywność fizyczna istotnie statystycznie zależała od prawidłowych nawyków żywieniowych (p<0,001). Wśród badanej grupy średnia aktywność fizyczna istotnie statystycznie zależała od prawidłowych nawyków żywieniowych (p<0,001) oraz od praktyk zdrowotnych (p=0,027). Wśród osób o wysokiej aktywności fizycznej, zachowania profilaktyczne odznaczały się wysokim stopniem zależności (p=0,006). Pozostałe podgrupy zachowań zdrowotnych nie wykazywały istotnych statystycznie różnic względem poziomu aktywności fizycznej osób bezrobotnych. Wyniki obrazuje Tabela II.

Tabela. II. Zależność pomiędzy poszczególnymi grupami zachowań zdrowotnych a niewystarczającą aktywnością fizyczną

Grupy zachowań zdrowotnych	średnia IZZ	SD	p
osoby niewystarczająco aktywne			
prawidłowe nawyki żywieniowe	16,00	5	<0,001
zachowania profilaktyczne	17,72	5,18	0,07026
pozytywne uwarunkowania psychiczne	20,28	4,69	0,80376
praktyki zdrowotne	20,31	3,61	0,17330
osoby wystarczająco aktywne			
prawidłowe nawyki żywieniowe	19,90	4,48	<0,001
zachowania profilaktyczne	19,01	3,91	0,77068
pozytywne uwarunkowania psychiczne	20,03	3,78	0,61078
praktyki zdrowotne	21,50	3,44	0,02684
osoby wysoko aktywne			
prawidłowe nawyki żywieniowe	20,25000	5,946187	0,49328

zachowania profilaktyczne	23,00000	3,338092	<0,001
pozytywne uwarunkowania psychiczne	20,87500	3,313932	0,58335
praktyki zdrowotne	18,75000	5,873670	0,06330

Z badań wynika, iż w grupie bezrobotnych płeć wpływała istotnie statystycznie jedynie na aktywność związaną z pracami domowymi, ogólnymi pracami porządkowymi i opieką nad rodziną ($p=0,000036$). Aktywność związana z pozostałymi rodzajami ruchu, mimo pewnych różnic nie była istotna statystycznie. Zdecydowanie bardziej istotne statystycznie zależności względem płci zaobserwowano przy różnych rodzajach aktywności fizycznej. Wśród badanych mężczyzn zdecydowanie wyższe były wartości średnie MET przy intensywnej aktywności fizycznej ($p=0,0197$), natomiast kobiety wykazywały wyższe wartości uśrednionego MET dla aktywności umiarkowanych ($p<0,001$) i chodzenia ($p=0,0156$). Również zliczając wszystkie rodzaje pracy płeć miała zdecydowanie istotny statystycznie wpływ na średnią aktywność wśród osób bezrobotnych ($p<0,001$). Kobiety wykazywały dużo wyższe wartości tego współczynnika. Analizując zależności pomiędzy płcią, a kosztem energetycznym danej osoby w grupie respondentów wykazano wysoki poziom istotności w kosztach kalorycznych aktywności o wysokiej intensywności ($p=0,0014$) oraz o umiarkowanej intensywności ($p<0,001$). Przy czym, mężczyźni wykazywali zdecydowanie wyższe wartości w wysiłkach intensywnych, natomiast w wysiłkach umiarkowanych przeważają kobiety (Tab. III).

Tabela. III Zestawienie średnich aktywności fizycznych całej grupy oraz w zależności od rodzaju płci.

Rodzaj aktywności fizycznej	Średnia w MET – min./tydz.			P
	kobiety	mężczyźni	razem	
Praca zawodowa	Nie analizowano ze względu na status bezrobotnego			
Przemieszczanie się	389,55	306,68	360,27	0,17417
Prace domowe	657,04	302,56	531,79	<0,001
Aktywność w czasie wolnym	310,16	246,01	287,49	0,37572
Intensywna w MET- min./tydz.				
	202,03	394,93	270,17	0,01966
Umiarkowana w MET – min./tydz.				
	805,36	205,93	593,56	p<0,001
Chodzenie w MET-min./tydz.				
	438,84	285,75	384,74	0,01557

SUMA w MET – min./tydz.	1446,21	886,61	1248,48	p<0,001
KAF₁ tygodniowy koszt kaloryczny aktywności fizycznej o wysokiej intensywności [kcal/tydz.]	224,14	550,88	339,59	0,00138
KAF₂ tygodniowy koszt kaloryczny aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności [kcal/tydz.]	920,36	273,13	691,67	p<0,001
KAF₃ tygodniowy koszt kaloryczny aktywności fizycznej o niskiej intensywności [kcal/tydz.]	493,46	391,16	457,31	0,19013

Dyskusja

W literaturze przedmiotu, za Kostrzewski i Worach-Kardas [8], podkreśla się iż brak aktywności zawodowej może być u bezrobotnych odpowiedzialny za złą kondycję psychiczną, wzrost umieralności oraz zachorowalności.

W Polsce, stopa bezrobocia mierzona według Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), w pierwszym kwartale 2015 roku wynosiła 8,6%, wobec 8,1% w poprzednim kwartale [9]. Nominalnie liczba osób bezrobotnych wzrosła do 1.494 tys. z 1.410 tys. osób w poprzednich trzech miesiącach. Natomiast liczba osób biernych zawodowo zwiększyła się w I kwartale do 13.632 tys. osób z 13.543 tys. w poprzednim kwartale [9].

Bezrobocie, jako jeden z czynników determinujących status społeczny i ekonomiczny danej jednostki w znaczącym stopniu wpływa na aktywność fizyczną oraz na zachowania prozdrowotne w populacji osób pozbawionych zatrudnienia. Jak wykazały badania Puciato i wsp. [10] jakość życia danego człowieka zależy bowiem od jego stylu życia, na który bezpośredni wpływ ma jego aktywność fizyczna.

Badania własne dowodzą słuszności tego stwierdzenia, ponieważ uzyskane wyniki wskazują dużą zależność pomiędzy wskaźnikiem zachowań zdrowotnych bezrobotnych, a ich

poziomem aktywności – im bardziej negatywne zachowania prozdrowotne prezentowali respondenci, tym niższe wyniki osiągnęli w badaniu aktywności fizycznej.

Wśród badanej grupy osób bezrobotnych znajdowało się więcej ankietowanych kobiet, niż mężczyzn, co zgadza się z realiami stanu bezrobocia w Polsce oraz badaniami innych autorów [11,12].

Badania własne wykazały także, iż kobiety charakteryzowały się wyraźnie wyższymi współczynnikami poziomu aktywności, niż mężczyźni. Przyczyny tego doszukiwać się można w ogólnie przyjętych obowiązkach zależnych od płci w Polsce. Taki podział obowiązków w rodzinie ma istotny wpływ w przeprowadzonych badaniach, ponieważ aż 50% respondentów to osoby pozostające w związkach formalnych, co stanowi podobny odsetek jak w badaniach innych autorów [11]. Kobiety w większości gospodarstw domowych są odpowiedzialne za opiekę nad domem oraz rodziną, jak i wychowywanie dzieci. Dokumentuje to fakt, iż wykazują one ponad dwa razy większą aktywność, niż mężczyźni. Płeć męska natomiast, w głównej mierze jest „głową rodziny”, która odpowiada za zapewnienie dochodu. Z racji jednak, iż obecne badania dotyczyły osób bezrobotnych, mężczyźni są pozbawieni możliwości „wykazania się” w takiej formie, a co za tym idzie, ich aktywność zmniejszona o ten rodzaj wysiłku jest wyraźnie niższa, niż u kobiet. Hipotezę taką potwierdzają badania Puciato i wsp. [10] nad populacją Katowic, z których wynika, iż mężczyźni wykazywali zdecydowanie wyższą aktywność fizyczną, niż kobiety. Wyniki analizy autorów [10] udowadniają, iż większa część wysiłków płci męskiej związana jest z pracą zawodową, która stanowi większość ich aktywności fizycznej (związane jest to w głównej mierze z przewagą osób zatrudnionych na stanowiskach fizycznych, wymagających dużych nakładów energetycznych, np górnictwo).

Z badań własnych wynika, iż ponad 60% badanych, to osoby w wieku poniżej 35 lat, a 46% zbadanych bezrobotnych posiadało wykształcenie wyższe. Jest to niepokojący fakt, ponieważ wykazuje, iż starania w podnoszeniu swoich kwalifikacji wśród ludzi młodych nie gwarantują lepszych perspektyw na odpowiednią pracę zawodową w przyszłości.

Wspomniane już badania Puciato i wsp. [10] sugerują zależność, w której wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia spadała aktywność fizyczna. Osoby mniej wykształcone podejmowały najczęściej większy wysiłek fizyczny w pracy zawodowej, natomiast osoby o wykształceniu wyższym, przejawiały większe zainteresowanie wysiłkiem fizycznym w czasie wolnym [13,14].

Relatywnie przeciętny poziom aktywności osób bezrobotnych szokował, biorąc pod uwagę fakt, jak dużą ilością czasu dysponowali z powodu braku zatrudnienia. Jedynie 5% ankietowanych wykazywało wysoki poziom aktywności fizycznej. Ponadto blisko 1/3 bezrobotnych deklaruowała, iż spędza siedząc średnio więcej niż 8 godzin dziennie, co może wiązać się z tym, że aż 55% ankietowanych poszukiwało pracy na stanowisku biurowym, a to ma bezpośrednie przełożenie na preferowaną długość w pozostawaniu w pozycji siedzącej. Może to jednak wynikać również z mniejszych możliwości finansowych osób bezrobotnych, ponieważ 65% respondentów oceniała swoją sytuację materialną, jako przeciętną lub gorzej.

Podobne wnioski wysuwają także autorzy innych badań [12,15,16]. Zgodnie z badaniami Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) pośród najlepiej zarabiających osób, tylko 30% nie uprawiało żadnego sportu, natomiast w grupie deklarujących najniższe dochody, takich osób było ponad dwukrotnie więcej (68%).

Analizowana grupa wykazała zainteresowanie uprawianiem sportu na takim samym poziomie, jak ogół Polaków – aż 54% nie uprawiała żadnego sportu, co stanowi wynik identyczny, jak w badaniach przeprowadzonych przez CBOS w 2012 roku [15].

Badania CBOS [15] wykazały, że najchętniej podejmowaną aktywnością fizyczną wśród Polaków było chodzenie na siłownię (29%), czego nie potwierdziły badania własne. Wśród ankietowanych bezrobotnych siłownia zajmowała 3 miejsce z preferowanych form ruchu. Warto zwrócić uwagę na zależność, która ukazuje, iż taki rodzaj aktywności fizycznej preferowany był przez bezrobotnych o wyższym wykształceniu, którzy byli bez pracy od niedawna. Najczęściej respondenci jeździli rowerem lub spacerowali z psem.

Analiza własna ukazała, że głównymi barierami uniemożliwiającymi podejmowanie przez ludzi aktywności fizycznej ankietowani byli brak chęci, brak nawyków takiego spędzania wolnego czasu lub brak czasu ogółem. Podobne rezultaty uzyskali Chinn i wsp. [17], którzy uważają, że czynniki endogeniczne są główną przeszkodą w podejmowaniu aktywności.

Za główne cele podejmowania wysiłków fizycznych respondenci uważali: spadek masy ciała i utrzymanie idealnej sylwetki (44%), przy czym zdecydowanie lepsze nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne prezentowała grupa kobiet bezrobotnych. Wydaje się to cenną informacją, przy zestawieniu z wartością wskaźnika BMI badanych, który pozwolił na stwierdzenie, iż blisko 47% bezrobotnych cierpiało na nadwagę lub otyłość.

Zależność pomiędzy aktywnością, a wskaźnikami zachowań zdrowotnych w grupie osób otyłych zbadali także Kawalec i wsp. [18], wykazując, iż osoby wybierające wypoczynek czynny uzyskiwały lepsze wyniki w każdej z poszczególnych grup zachowań zdrowotnych IZZ. Pozwoliło to autorom [18] na wysnucie wniosku, jakoby miało to być dowodem na silnie powiązaną wzajemnie zależność między aktywnością fizyczną, a kształtowaniem zdrowego stylu życia i pozytywnego nastawienia psychicznego.

Badania Martikainen i Valkonen [19] wskazują, iż bezrobocie związane jest ze złą samooceną stanu zdrowia, natomiast badania Kostrzewskiego i Worach-Kardasa [5] – iż znaczna część bezrobotnych pozytywnie oceniła stan swojego zdrowia. Większa część osób pozbawionych aktywności zawodowej [cyt. za 8] oceniała swój stan zdrowia, jako przeciętny lub zły, a samoocena stanu zdrowia tej grupy pogarsza się wraz z przedłużającym się stanem bezrobocia. Brak aktywności zawodowej wpływa nie tylko na pogorszenie stanu równowagi psychicznej człowieka, ale w znaczącym stopniu również na zwiększoną zachorowalność i umieralność [4,8,11,20].

Obecnie badane osoby bezrobotne wykazały dużą zależność pomiędzy płcią, a oceną swojego stanu zdrowia. Mężczyźni mieli tendencje do skrajnego oceniania aktualnego samopoczucia w skali od 1 do 10, natomiast kobiety w głównej mierze wybierały średnie wartości. Osoby długotrwale bezrobotne oceniały stan swojego zdrowia średnio na 5,6 pkt., natomiast pozostające bez pracy krócej niż 2 lata – na 7,6 pkt. Tak więc samoocena stanu zdrowia okazała się bardzo istotna statystycznie pod względem długości pozostawania na bezrobociu. Im dłuższy był okres przymusowego braku zatrudnienia, tym gorsze wyniki samooceny stanu zdrowia.

Do takich samych konkluzji doszli Kostrzewski i Worach-Kardas [5,8]. Celem przeprowadzonych przez nich badań była ocena wpływu czasu trwania bezrobocia oraz wyodrębnionych cech społeczno-demograficznych na jakość życia i samoocenę stanu zdrowia wśród 450 osób bezrobotnych w wieku 45. lat i więcej. Autorzy [8] stwierdzili istotną statystycznie zależność pomiędzy czasem trwania bezrobocia, a pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego i jakości życia, ale nie wykazano podobnej zależności dla samooceny stanu zdrowia. Ponad połowa badanych uzależniała możliwość prowadzenia normalnego, codziennego życia, od przyjmowania leków i leczenia, co dodatkowo nasilało się wraz z przedłużaniem się okresu bezrobocia [8]. Brenner [21] zauważył, że w okresach kryzysu i recesji, wysokiemu bezrobociu towarzyszy z reguły wzrost wskaźników świadczących o

pogorszeniu się stanu zdrowia populacji, co może przejawiać się wzrostem umieralności, występowania chorób przewlekłych, czy też przyjęć do szpitali psychiatrycznych. Leeftang i wsp. [22] wykazali, że w okresie bezrobocia wzrastała zachorowalność na choroby somatyczne, a jej nasilenie było ściśle powiązane z czasem trwania bezrobocia. W badaniu Kostrzewskiego i Worach-Kardasa [8] bezrobotni długotrwale, częściej niż krótkotrwale bezrobotni, wskazywali na wystąpienie chorób przewlekłych w okresie braku stałego zatrudnienia. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że u osób bezrobotnych jest większa zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia [8,23,24], czy też choroby układu oddechowego [8,23,24].

W obecnych badaniach ocena stanu zdrowia okazała się też skorelowana z oceną sprawności fizycznej. Jednakże czas pozostawania na bezrobociu nie wykazał istotnych statystycznie różnic w większości preferowanych zachowań zdrowotnych. Wykazano natomiast istotne statystycznie różnice pomiędzy płcią, a zachowaniami w niektórych z podgrup zachowań zdrowotnych – kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzn, posiadały wyraźnie bardziej prawidłowe nawyki żywieniowe i lepiej rozwinięte zachowania profilaktyczne. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w pozytywnym nastawieniu do życia i praktykach zdrowotnych, pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet.

Sytuacja bezrobocia związana jest ze zwiększeniem napięcia emocjonalnego [8,21,25], stąd często jednym ze sposobów radzenia sobie z „nerwami” i obniżania poziomu stresu jest sięganie po różnego rodzaju używki. Podobną zależność obserwowano wśród obecnie badanej populacji. Pośród ankietowanej grupy osób, 57% przyznało się do spożywania alkoholu, a 31% do palenia tytoniu. Relatywnie wyższe wyniki badań uzyskano w grupie bezrobotnych w Poznaniu [26], według których 42,7% badanych paliło papierosy, a aż 87,5% przyznało się do bardziej lub mniej nasilonego spożywania alkoholu. Może to tylko w jeszcze większym stopniu potwierdzać fakt, że zachowania antyzdrowotne tego typu, są jedną z form radzenia sobie w sytuacji bezrobocia. Pogorszenie sytuacji ekonomicznej może mieć również wpływ na rezygnację z dotychczasowych przyzwyczajzeń. 22% ankietowanych w obecnych badaniach własnych zadeklarowało, iż aktualnie nie pali już papierosów. Wyniki uzyskane przez Gromadecką-Sutkiewicz [26] zdają się potwierdzać tę teorię, ponieważ, 29,2% porzuciło nałóg w okresie bezrobocia.

Okres pozostawania na bezrobociu dłużej niż 24 miesiące w sposób bezpośredni wpływa na pogorszenie stanu psychicznego jednostki oraz zmniejsza jej dbałość o zachowania

profilaktyczne. Dane znajdują potwierdzenie w badaniach innych autorów [8] i jest to jeden z częstszych problemów poruszanych w pracach o bezrobociu. Obniżenie nastroju może skutkować rozwijaniem się tzw. „błędnego koła bezrobocia”, w którym depresja wpływa na zmniejszenie determinacji w poszukiwaniu pracy, to na coraz dłuższe pozostawanie w sytuacji bezrobocia, a to z kolei na jeszcze gorsze problemy natury psychicznej [8].

Sytuacja bezrobocia związana jest także ze zmianą aktywności fizycznej. Według badań WOBASZ, za Biernat i wsp. [6], tylko 27% mężczyzn i 23% kobiet deklaroowało wysoką aktywność fizyczną, 12-13% – umiarkowaną, a pozostali niską. Zdaniem Jones i wp., za Biernat i wsp. [6], chociaż w USA od wielu lat intensywnie jest promowana zdrowotna aktywność fizyczną, to w roku 1998 u ok.47% osób można było uznać ją za niewystarczającą, w następnych latach spora grupa osób wykazywała niską aktywność fizyczną.

W badaniach Biernat i wsp. [6] prowadzonych wśród wybranych dorosłych osób z Warszawy i okolic uzyskano, w ocenie kwestionariusza IPAQ, całkowitą aktywność fizyczną w granicach 1.440-2.772 MET min./tydzień. Badanie przeprowadzone wśród 867 mieszkańców miasta Olecko [27], gdzie bezrobotni stanowili 30% badanych, wykazało iż 72% mieszkańców deklaroowało systematycznie uprawianą aktywność fizyczną, 27% codziennie, 45% kilka razy w tygodniu, 13% raz w tygodniu i 15% rzadziej niż raz w tygodniu. Większą systematyczność deklarowali badani z terenów wiejskich oraz badani w grupach wiekowych 66 i więcej lat oraz 10-15 lat, następnie 16-30 lat, poniżej 10 lat [33]. Najbardziej preferowaną formą aktywności fizycznej okazała się jazda rowerem (60% ankietowanych), spacer (57%), pływanie (43% ankietowanych) [27].

W obecnych badaniach najchętniej wybieraną formą biernego wypoczynku przez bezrobotnych było oglądanie telewizji (48,67%), surfowanie po Internecie (40,57%) i czytanie książek, a najpopularniejszymi formami aktywności – jazda na rowerze (36%) oraz spacer z psem (39,33%).

Wnioski

1. Wykazano różnice pomiędzy kobietami, a mężczyznami odnośnie ulubionych rodzajów ruchu, średniej aktywności fizycznej, kosztu energetycznego oraz preferowanych zachowań zdrowotnych.

2. Dłuższy okres przymusowego braku zatrudnienia istotnie statystycznie sprzyjał gorszej samoocenie stanu zdrowia, ale nie wpływał na poziom aktywności fizycznej.
3. Generalnie, im niższy był wskaźnik zachowań zdrowotnych tym, niższa była aktywność fizyczna, nie stwierdzono jednak w powyższym istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią, wykształceniem, czy aktywnością fizyczną.
4. Osoby pozostające na bezrobociu krócej niż 24 miesiące, w porównaniu z osobami bezrobotnymi długotrwale, lepiej dbały o zachowania profilaktyczne, posiadały lepsze nastawienie psychiczne.

Bibliografia

1. Bezrobocie rejestrowane. I kwartał 2015 r., <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobocie-rejestrowane-i-kwartal-2015-r-,3,19.html> (data pobrania: 13.08.2015).
2. Kot J.: Osoby bezdomne i bezrobotne jako odbiorcy pomocy. [w:] Wyprowadzić na prostą., Wiktorska-Święcka A. (red.), Atut, Wrocław 2008; 250-252.
3. Zbonikowski A.: Osoby dojrzałe w sytuacji bezrobocia – charakterystyka psychologiczna. [w:] Zarządzanie innowacyjne w gospodarce i biznesie, 2013; 2: 137-146.
4. Brenner M.H.: Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936–1976. *Lancet*, 1979; 568-573.
5. Kostrzewski Sz., Worach-Kardas H.: Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim. *Probl Hig Epidemiol.*, 2008; 89: 504-510.
6. Biernat E., Stupnicki R., Lebedziński B., Janczewska L.: Assessment of physical activity by applying IPAQ questionnaire. *JPES*, 2008; 52: 83-89
7. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001
8. Kostrzewski Sz., Worach-Kardas H.: Skutki długotrwałego bezrobocia dla zdrowia i jakości życia osób w starszym wieku produkcyjnym. *Now. Lek.*, 2013; 82:310-317.
9. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/> (data

pobrania: 25.05.2015)

10. Puciato D., Rozpara M., Mynarski Wł., i wsp.: Aktywność fizyczna dorosłych mieszkańców Katowic a wybrane uwarunkowania zawodowe i społeczno-ekonomiczne. *Med. Pr.*, 2013; 64: 649-657.
11. Worach-Kardas H., Kostrzewski Sz.: Stres bezrobocia i jakość życia długotrwale bezrobotnych w starszych grupach wieku. *Probl Hig Epidemiol.*, 2011; 92: 403-414.
12. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/bezrobotni-oraz-stopa-bezrobocia-wg-wojewodztw-podregionow-i-powiatow-stan-w-koncu-marca-2015-r-,2,31.html> (data pobrania 12.05.2015)
13. Misigoj-Durakovic M., Heimer S., Matkovic B. et al: Physical activity of an urban adult population: questionnaire study. *Croat. Med. J.*, 2000; 41: 428-432
14. Iwai N., Yoshiike N., Saitoh S., et al.: Leisure-time physical activity and related lifestyle characteristics among middle-aged Japanese. Japan Lifestyle Monitoring Study Group. *J. Epidemiol.*, 2000; 10: 226-233.
15. Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało, komunikat z badań CBOS. www.cbos.pl 2009.
16. http://www.analizy.mpips.gov.pl/images/stories/publ_i_raporty/bezro_dlugotrwale_raport/Ryzyko-dlugotrwalego-bezrobocia-w-Polsce-Raport.pdf (data pobrania 23.05.2015).
17. Chinn D.J., White M., Harland J., et al.: Barriers to physical activity and socioeconomic position: implications for health promotion. *J. Epidemiol. Community Health*, 1999; 53: 191-192.
18. Kawalec E., Reczek A., Porębska A. i wsp.: Zachowania zdrowotne pacjentów z otyłością i nadwagą. *Pielęg. XXI w.*, 2011; 2: 27-33.
19. Martikainen P.T., Valkonen T.: Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 1996; 348: 909-913.
20. Syrek E.: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
21. Brenner M.H.: Mortality and the national economy. A review and the experience of England and Wales, 1936-1976. *Lancet*, 1979; 2, 568-573.
22. Leeflang R.L., Klein-Hesselink D.J., Spruit I.P.: Health effect of unemployment – I. Long-term unemployed men in a rural and an urban setting. *Soc. Sci. Med.*, 1992; 34:

341-350.

23. Geyer S., Peter R.: Hospital admissions after transition into unemployment. *Soz Praventivmed.* 2003; 48:105-114.
24. Eliason M., Storrie D.: Job loss is bad for your health – Swedish evidence on cause – specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc. Sci. Med.*, 2009; 68: 1396-1406.
25. Claussen B., Bjørndal A., Hjort P.F.: Health and re-employment in a two year follow up of long term unemployed. *J. Epidemiol. Community Health*, 1993; 47: 14-18.
26. Gromadecka-Sutkiewicz M., Kłos J., Adamek R. i wsp.: Palenie papierosów i picie alkoholu wśród bezrobotnych. *Przegl. Lek.*, 2012; 69: 973-977
27. Rekawek E., Urbanowicz E., Judycka K. i wsp.: Ocena stanu aktywności fizycznej mieszkańców Gminy Olecko. Raport z badań przeprowadzonych na potrzeby opracowania dokumentu Strategia Upowszechniania Kultury Fizycznej w Gminie Olecko na lata 2014–2020. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171227427/c/171227427.pdf> (data pobrania 25.05.2015).
28. <https://zdrowieiusmiech.wordpress.com/2013/05/18/20-niesamowite-cytaty-o-zdrowie-i-kondycje/> (data pobrania 25.05.2015).

Opieka nad pacjentem z infekcją wywołaną przez *Clostridium difficile* – studium przypadku

Paulina Krahel¹, Katarzyna Łagoda²

¹ – Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Klinika Chorób Zakaźnych i Hepatologii z Pododdziałami Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku¹

² – Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku²

Wprowadzenie

Clostridium difficile (CD) jest Gram dodatnią beztlenową laseczką, która produkuje toksyny, wytwarza przetrwalniki i jest przenoszona drogą fekalno-oralną. Spektrum zakażeń sięga od nosicielstwa, które nie wymaga dodatkowego postępowania, poprzez biegunkę o różnym nasileniu, często samoograniczającą, aż do ciężkiego zapalenia okrężnicy z ogólnymi objawami toksemii, które mimo odpowiedniego leczenia może prowadzić do zgonu [1]. Głównym rezerwuarem bakterii są osoby zakażone i urządzenia sanitarne, na których przetrwalniki mogą pozostawać miesiącami. Szacuje się, że w ogólnej populacji jest około 2-3% nosicieli, a wśród chorych hospitalizowanych nosicielstwo stwierdza się nawet u 50% [2].

Szczególnie narażone na zakażenie są osoby >65 r.ż., po przebytych zabiegach w obrębie jamy brzusznej, w trakcie chemioterapii, a także chorzy na nieswoiste zapalenia jelit i zakażeni wirusem HIV. W tych grupach zakażenie ma cięższy przebieg i łączy się z większym ryzykiem powikłań [3]. Czynniki ryzyka zgonu obejmują: podeszły wiek, kwasicę, leukocytozę >50 000/mm³ lub leukopenię <4000/mm³ oraz hipoalbuminemię <15 g/l [4].

Bakterię opisano po raz pierwszy w 1935 r. jako *Bacillus difficilis* (z łac. *difficilis* – trudny; nazwa związana z trudnościami w hodowli bakterii) [5]. Początkowo uważano, że jest jednym ze składników zdrowej mikroflory jelita człowieka. Dopiero po czterdziestu latach potwierdzono, że jest odpowiedzialna za rozwój rzekomoblönistego zapalenia jelit (PMC – *pseudomembranous colitis*) i uznano ją za bakterię patogenną [6].

Clostridium difficile spowodowało prawie pół miliona zakażeń wśród pacjentów w Stanach Zjednoczonych w ciągu 2015 roku, jak wynika z badania opublikowanego przez *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). CDI jest częstą przyczyną śmierci pacjentów z powodu chorób zakaźnych w Stanach Zjednoczonych. Ponad 80% zgonów związanych z *Clostridium difficile* wystąpiło wśród Amerykanów w wieku 65 lat lub starszych [7].

Zakażenia spowodowane przez *Clostridium difficile* należą aktualnie do najczęstszych zakażeń szpitalnych. Szybkie rozprzestrzenianie się tego drobnoustroju w środowisku szpitalnym wynika m.in. z następujących przyczyn: skażenie środowiska szpitalnego, długotrwałe przeżywanie spor, oporność bakterii na większość rutynowo stosowanych środków dezynfekcyjnych, możliwość przenoszenia na rękach personelu, ekspozycja wielu pacjentów na antybiotyki [8,9].

Diagnostyka zakażenia opiera się na teście wykrywającym dehydrogenazę glutaminianową (GDH) oraz teście na obecność toksyn A i B. W przypadku obu wyników dodatnich pacjenta uznaje się za zakażonego toksynotwórczą bakterią *Clostridium difficile*. W przypadku dodatniego testu GDH i ujemnego testu na obecność toksyn przeprowadza się dodatkowe badanie w postaci testu amplifikacji kwasów nukleinowych (metoda PCR) lub posiewu bakterii *Clostridium difficile* z oznaczeniem toksynotworzenia. Oba testy potwierdzają obecność lub brak toksynotwórczego szczepu [10].

Zakażenie bakterią *Clostridium difficile* jest szczególnie niebezpieczne dla ludzi starszych, u których powoduje największą śmiertelność. Infekcja zwykle jest wywoływana w wyniku kuracji antybiotykowej, która zaburza skład naturalnej mikroflory jelitowej człowieka, a to stwarza dogodne warunki do kolonizacji jelit [11,12].

W 90% przypadków w wywiadzie stwierdzone jest stosowanie antybiotyków w okresie 1-8 tygodni przed wystąpieniem objawów. Stwierdza się, że nawet jednorazowa dawka antybiotyku może spowodować CDI. Najczęściej objawy występują między 5-10 dniem leczenia, ale mogą wystąpić po 1. dniu leczenia a nawet po 10. tygodniach od jego zakończenia. Obraz kliniczny obejmuje bardzo szeroki zakres intensywności objawów, od łagodnej biegunki do ciężkiego zapalenia jelita grubego z niedrożnością a w przypadku dzieci i osób starszych nawet śmierci. Najczęstszymi objawami są: biegunka z skurczowymi bólami brzucha (20-33%), nieznacznie podwyższona temperatura ciała (30-50%) i leukocytoza (50-60%). Do nawrotu infekcji dochodzi w około 20% przypadków. Ryzyko to wzrasta z każdym kolejnym nawrotem: 15-35% po 1 epizodzie i 33-65% po >2 epizodach. U

osób starszych każdy kolejny nawrót zakażenia jest przyczyną zwiększonego ryzyka wystąpienia ciężkich powikłań lub śmierci [13,14,15].

Celem pracy było rozpoznanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych pacjentki z infekcją wywołaną przez *Clostridium difficile* oraz ocena przygotowania do samoopieki w warunkach domowych.

Materiał i metody badań

Badaniem objęto 83-letnią kobietę z wywiadem utrwalonego migotania przedsionków, kamicy żółciowej, nadciśnienia tętniczego i POChP, która była wielokrotnie hospitalizowana w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii z Pododdziałami Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, z powodu biegunki o etiologii *Clostridium difficile*. Materiał został zebrany na podstawie obserwacji własnej i wywiadu pielęgniarstwa. Analizie poddano dokumentację medyczną chorej: historię choroby, indywidualną kartę zleceń, kartę gorączkową, wyniki badań laboratoryjnych i dodatkowych. Analizie poddano także pomiary pośrednie i bezpośrednie: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperaturę ciała, częstość i charakter oddechów, wzrost, masę ciała, BMI. Stan wydolności czynnościowej oceniono skalą Barthel.

W celu postawienia diagnozy pielęgniarstwa oraz ustalenia postępowania pielęgnacyjnego posłużono się metodą procesu pielęgnowania. Na podstawie analizy zebranych danych oraz wywiadu rozpoznano indywidualne problemy pielęgnacyjne pacjentki. Uzyskany materiał posłużył do opracowania indywidualnego planu opieki oraz wskazówek do dalszej pielęgnacji dla pacjenta. Wiedzę pacjentki na temat zakażenia CDI oceniono za pomocą ankiety konstrukcji własnej zawierającej 10 pytań.

Wyniki

Opis indywidualnego przypadku

Chora została przyjęta na Oddział Obserwacyjno-Zakaźny Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku dnia 18.12.2015 ze skargami na wodnistą biegunkę z domieszką śluzu do kilkunastu razy na dobę oraz obecność uporczywych wymiotów. Badaniem

fizykalnym stwierdzono cechy odwodnienia, niemiarową czynność serca, tkliwość powłok brzusznych, wzmożoną perystaltykę jelit. Ciśnienie tętnicze 145/95 mm Hg, tętno – 101 u/min, temperatura 36,4°C, wzrost 155cm, masa ciała 65 kg, BMI 27.06 kg/m². Przy przyjęciu do szpitala ze względu na starszy wiek, znaczne osłabienie i odwodnienie oceniono wydolność czynnościową pacjentki za pomocą skali Barthel, gdzie uzyskała 60 pkt/100 pkt. Chora potrzebowała pomocy w spożywaniu posiłków oraz przy korzystaniu z toalety. Poruszała się za pomocą sprzętuwspomagającego, ale często potrzebowała asekuracji przy wchodzeniu po schodach. Chora sporadycznie bezwiednie oddaje mocz, w związku z tym używa pieluchomajtek. Na podstawie wywiadu ustalono, że pacjentka mieszka sama w domu jednorodzinnym na obrzeżu miasta, córka odwiedza ją raz w tygodniu, przez co chora czuje się osamotniona. Choroby współistniejące to: utrwalone migotanie przedsionków, kamica żółciowa, nadciśnienie tętnicze i POChP. Chora nie pali papierosów i nie spożywa alkoholu. W chwili przyjęcia skarżyła się na problemy z zasypianiem z powodu ostrej biegunki. Kontakt słowno-logiczny był zachowany, w trakcie hospitalizacji stwierdzono obniżony nastrój. W badaniach laboratoryjnych: niedokrwistość (HGB 11,3 g/dl RBC 3,62 x 10¹²/l), miernie podwyższone białko CRP (29,1 mg/l), kreatynina 1,05 mg/dl, sód 134 mmol/l, czas protrombinowy 96,8s oraz INR 8,46. W badaniu mikroskopowym kału wyhodowano *Proteus mirabilis* oraz stwierdzono obecność toksyn *A i B Clostridium difficile*. U pacjentki objętej obserwacją zakażenie CDI wystąpiło po raz czwarty. Ostatni pobyt chorej w szpitalu z powodu zakażenia *Clostridium difficile* miał miejsce od 21.10.2015 do 04.11.2015 roku. W leczeniu zastosowano nawodnienie parenteralne, leki spazmolityczne, wankomycynę uzyskując ustąpienie dolegliwości. Kontrolne badania kału nie wykazało obecności toksyn *Clostridium difficile*. W stanie ogólnym dobrym wypisano chorą do domu 04.01.2016r.

Pielęgowanie pacjenta z zakażeniem *Clostridium difficile*

1. **Problem pielęgnacyjny:**Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych spowodowanych wymiotami i biegunką

Cel opieki:Likwidacja ryzyka wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Działania:

- Codzienna ocena stopnia nawodnienia pacjenta poprzez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotność błon śluzowych, napięcie gałek ocznych, stopnia wypełnienia żył szyjnych, ilości wydalanego moczu;

- Na zlecenie lekarskie pobranie krwi do badań biochemicznych w celu określenia poziomu stężenia Na, K, Mg, Ca, Hb, Hct, białka, chlorków, glukozy, mocznika;
- Prowadzenie bilansu płynów;
- Zachęcanie pacjentki do spożywania chłodnych napojów min 2,5 litra dziennie;
- Zapewnienie dostępu żylnego, podanie dożylnie roztworu 0,9%NaCl lub płynu wieloelektrolitowego na zlecenie lekarskie;
- Obserwacja oddechu oraz pomiar tętna, ciśnienia tętniczego, ocena świadomości chorego;
- Obserwacja ilości i jakości oddanych stolców, odnotowanie na karcie gorączkowej ich ilości.

2. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort i trudności z zachowaniem higieny w przebiegu ostrej biegunki

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta, zapewnienie higieny osobistej.

Działania:

- Zebranie wywiadu z pacjentem dot. ostatnio spożywanego posiłku, nietolerancji składników pokarmowych;
- Zastosowanie diety kleikowej;
- Stała kontrola defekacji (rodzaj i charakter stolca);
- Ustalenie z dietetykiem indywidualnej diety dla pacjentki;
- W celu utrzymania higieny osobistej zabezpieczenie pacjenta pamperszem oraz podkładem;
- Zapewnienie wygodnej przewiewnej bielizny, zaczerwienione miejsca należy smarować Sudocremem;
- Toaleta całego ciała po każdym oddaniu stolca;
- Polecenie używania mokrych chusteczek w celu zmniejszenia tarcia i występowania podrażnień przy wykonywaniu toalety;
- Poinformowanie chorej o konieczności częstego mycia rąk, kontrola mycia rąk.

3. Problem pielęgnacyjny: Ból jamy ustnej oraz pieczenie gardła związany z niedokrwistością

Cel opieki: Zmniejszenie bólu

Działania pielęgnacyjne:

- Systematyczna (2x dziennie) ocena stanu śluzówki jamy ustnej;
- Poinformowanie chorej o konieczności higieny jamy ustnej po każdym posiłku i co 4 godziny podczas czuwania;
- Podanie chorej do płukania jamy ustnej naparu z rumianku lub szalwii;
- Smarowanie warg tłustym kremem, pomadką ochronną;
- Przekazanie pacjentce informacji na temat czynników uszkadzających i sposobów ich eliminacji np.: unikanie bardzo gorących, zimnych, ostrych bądź pikantnych potraw;
- Używanie jedynie bardzo dopasowanych protez, a jeżeli to niemożliwe, używanie ich tylko do spożywania posiłków;
- Stosowanie ogólnych lub miejscowych środków przeciwbólowych np. Tantum verde na błony śluzowe jamy ustnej i gardła.

4. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany wzdęciem

Cel opieki: Poprawa komfortu pacjenta, zmniejszenie uczucia wzdęcia

Działania:

- Eliminacja z diety czynników wywołujących wzdęcia, potraw ciężkostrawnych, wzdymających;
- Masaż powłok brzusznych okrężnymi ruchami;
- Przyłożenie ciepłego kompresu na powłoki skórne;
- Pomoc w odpowiednim ułożeniu chorego, pozycja boczna, półwysoka;
- Założenie suchej rurki doodbytniczej;
- Kontrola zastosowanych działań i ich skuteczności.

5. Problem pielęgnacyjny: Deficyt wiedzy pacjentki dotyczący możliwości przeniesienia zakażenia *Clostridium difficile* na innych chorych

Cel opieki: Zwiększenie zakresu wiedzy chorej na temat zakażenia *Clostridium difficile*

Działania:

- Edukacja pacjentki i jej rodziny pod kątem przestrzegania zaleceń higienicznych:
 - Poinformowanie chorej o zastosowanej wobec niej izolacji i konieczności pozostania na sali,
 - Dokładne mycie rąk mydłem po przyjściu na salę i przy wyjściu z sali,

- Ubranie odzieży ochronnej przez odwiedzających przed wejściem na oddział,
- Pouczenie chorej o konieczności prawidłowego postępowania z materiałem skażonym (zabrudzony pampers/podkład);
- Przed przystąpieniem do czynności instrumentalnych zdezynfekowanie dłoni;
- Oczyszczenie skóry wokół odbytu lub kąpiel w wannie w zależności od potrzeb z zachowaniem zasad higieny;
- Właściwa segregacja odpadów i produktów medycznych bądź szpitalnych;
- Poinformowanie o zakazie odwiedzin innych chorych na oddziale;
- Udzielenie informacji o możliwym zakażeniu rodziny i wystąpieniu objawów biegunki u jej członków mających kontakt z chorym w ostatnich dniach;
- Unikanie spacerowania po oddziale i chwytania klamek drzwi wejściowych gołą ręką;
- Poinformowanie odwiedzających o konieczności umycia rąk i zmiany okrycia wierzchniego po przybyciu do domu.

6. **Problem pielęgnacyjny:** Niewystarczająca liczba godzin snu w nocy. Problem z zasypianiem z powodu ostrej biegunki.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniej liczby godzin snu

Działania:

- Poznanie dotychczasowego sposobu samodzielnego radzenia sobie pacjentki z bezsennością;
- Zapewnienie ciszy i spokoju na sali;
- Wyłączenie światła „górnego”;
- Wietrzenie sali przed snem;
- Zadbanie o temperaturę w sali (ok. 18 °C);
- Zapewnienie czystej bielizny pościelowej i osobistej;
- Podawanie leków nasennych wg zlecenia lekarza np.: hydroxyzyna, dobroson.

7. **Problem pielęgnacyjny:** Utrudniona koncentracja oraz zdenerwowanie z powodu długotrwałego pobytu w szpitalu

Cel opieki: ułatwienie koncentracji i zmniejszenie zdenerwowania

Działania pielęgnacyjne:

- Uważne słuchanie pacjenta, okazywanie choremu cierpliwości, zrozumienia, zainteresowania i empatii;

- Kierowanie do pacjenta jasnych i prostych komunikatów, w razie potrzeby powtórzenie komunikatu;
- Informowanie chorego o wykonywanych działaniach ich celu i przebiegu czynności;
- Poinformowanie lekarza o stanie psychicznym pacjentki.

Zasady profilaktyki zakażeń *Clostridium difficile*

Zapobieganie zakażeniom *Clostridium difficile* polega na przestrzeganiu następujących zasad:

- Prowadzenie racjonalnej antybiotykoterapii – terapia empiryczna powinna być stosowana tylko do uzyskania dodatniego wyniku badania mikrobiologicznego.
- Następnie należy: zastosować antybiotyki zgodnie z antybiogramem, nie przedłużać antybiotykoterapii ponad zalecane schematy postępowania, nie podawać antybiotyków, jeśli nie stwierdza się objawów klinicznych zakażenia, a występuje kolonizacja.
- Wykonywanie wczesnej diagnostyki mikrobiologicznej w kierunku *Clostridium difficile* u wszystkich pacjentów z biegunką, którzy przyjmują lub przyjmowali antybiotyki w ciągu ostatnich 8 tygodni. Szczególnie zagrożeni są pacjenci, którzy otrzymali cyprofloksacynę, aminoglikozydy, cefalosporyny, klindamycynę, linkomycynę. Do diagnostyki najlepsze są szybkie testy wykrywające toksynę A i B, które dają wynik po kilkadziesiąt minutach.
- Zastosowanie właściwego leczenia z użyciem metronidazolu lub wankomycyny. Warunkiem wyleczenia nie musi być uzyskanie ujemnych testów, a tylko poprawa stanu klinicznego, ponieważ u pacjentów może się wytworzyć stan nosicielstwa; nie podlegają wówczas leczeniu.
- Izolowanie pacjentów zakażonych. Powinni być umieszczani w osobnych salach, najlepiej z pełnym węzłem sanitarnym. Mogą być kohortowani.
- Przestrzeganie procedur sanitarno-epidemiologicznych, zwłaszcza dotyczących mycia rąk, postępowania z czystą i brudną bielizną szpitalną oraz z dekontaminacją powierzchni i sprzętów szpitalnych.
- Nie zaleca się poszukiwania bezobjawowych nosicieli ani profilaktycznego podawania metronidazolu lub wankomycyny.

Postępowanie w przypadku wystąpienia zachorowania spowodowanego szczepem toksynotwórczym *Clostridium difficile*:

- Niezwłocznie wdrożyć izolację pacjenta;
- Po kontakcie z pacjentem personel i osoby odwiedzające powinny umyć ręce ciepłą, bieżącą wodą z mydłem;
- Zastosować dezynfekcję pomieszczeń, w którym przebywa pacjent oraz przedmiotów, które używa i sprzęt medyczny po kontakcie z pacjentem;
- Przy kontakcie z pacjentem stosować jednorazowe rękawiczki i fartuchy;
- Narzędzia medyczne (np. stetoskopy) dedykować danemu choremu;
- Bieliznę pościelową i ręczniki chorego prznosić do prania w zamkniętych workach;
- Personel medyczny i niemedyczny stykający się z takim chorym nie powinien pracować w innych oddziałach;
- Osoby odwiedzające chorego muszą zostać poinformowane o konieczności ścisłego przestrzegania zasad higieny;
- W sytuacji planowanego przeniesienia chorego do innego ośrodka/szpitala należy przekazać informację o chorobie pacjenta [16,17].

Omówienie

W październiku 2013 roku opublikowano europejskie wytyczne dotyczące postępowania w przypadku infekcji *Clostridium difficile*. Stanowią one uzupełnienie wytycznych z 2009 roku i podsumowują aktualne możliwości leczenia na podstawie wyników dotychczasowych badań [18].

W przypadkach infekcji *Clostridium difficile* o łagodnym przebiegu w obrazie klinicznym (biegunka, toksyczne rozdęcie okrężnicy, niedrożność) i z potwierdzeniem mikrobiologicznym, bez innej przyczyny biegunki lub rzekomobłoniastego zapalenia jelita w endoskopii związanych z antybiotykoterapią, postępowanie początkowe obejmuje zaprzestanie stosowania antybiotyku i ścisłą obserwację chorego przez 48 godzin. W sytuacji braku poprawy należy włączyć leczenie. Lekiem pierwszego wyboru jest metronidazol (stosowany doustnie w dawce 500 mg 3 x dziennie przez 10 dni). Leki alternatywne to: wankomycyna doustnie (125 mg 4 x dziennie przez 10 dni) i fidaksonmycyna doustnie (200 mg 2 x dziennie przez 10 dni) [19].

Infekcja *Clostridium difficile* o ciężkim lub zagrażającym życiu przebiegu występuje z co najmniej 1 objawem ciężkiego zapalenia jelit lub z powikłanym przebiegiem, z objawami wstrząsu toksycznego, wymaga hospitalizacji na Oddziale Intensywnej Terapii. U pacjentów z ciężkim przebiegiem zakażenia zazwyczaj stwierdza się w badaniu przedmiotowym: gorączkę $> 38^{\circ}\text{C}$, objawy zapalenia otrzewnej, niedrożności, niestabilność hemodynamiczną oraz w badaniach laboratoryjnych m.in.: leukocytozę >15 tys., albuminy <30 g/dl, wzrost stężenia kreatyniny o 50% w stosunku do wyjściowego poziomu sprzed choroby i badaniu obrazowym rozdęcie pętli jelita grubego >6 cm. W tej sytuacji metronidazol podawany jest dożylnie w dawce 3 x 500 mg przez 10-14 dni i stanowi uzupełnienie leczenia wankomycyną. W przypadkach o ciężkim przebiegu lub zagrażającym życiu nie zaleca się stosowania metronidazolu doustnie. Dawka wankomycyny może być zwiększona do 4 x 500 mg i podawana doustnie lub przez zgłębnik nosowo-żołądkowy, a w przypadku niedrożności jelit jako wlewy dorektalne [20].

ESCMID (*European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*) uznało leczenie nawrotów zakażeń *Clostridium difficile* za najważniejszy problem terapeutycznym dzisiejszych czasów. U 25% pacjentów nawroty są obserwowane w ciągu 30 dni po zakończonym leczeniu, a po pierwszym nawrocie ryzyko następnych szacuje się między 40% a 60% [21].

Nawrót CDI występuje w ciągu 8 tygodni od poprzedniego wyleczonego epizodu CDI. W przypadku pierwszego nawrotu zakażenia lub ryzyka nawrotu zaleca się zastosowanie doustnie wankomycyny lub metronidazolu (w dawkach jak wyżej). Zastosowanie metronidazolu podczas początkowego zachorowania nie stanowi przeciwwskazania do użycia go w czasie nawrotu zakażenia. Wankomycynę podaje się w taki sposób, jak w początkowym zachorowaniu [22].

U pacjentów z co najmniej 2 nawrotami CDI zaleca się stosowanie doustnie wankomycyny początkowo w dawkach zalecanych w leczeniu pierwszego zachorowania (125 mg 4 x dziennie przez 10-14 dni), a następnie kontynuowanie podawania antybiotyku w zmniejszających się dawkach lub pulsacyjnie. Podanie metronidazolu nie jest jednak wskazane w czasie kolejnych nawrotów ze względu na jego neurotoksyczność [23]. Chorej objętej badaniem podawano doustnie wankomycynę w dawce 125 mg cztery razy na dobę przez 14 dni wg aktualnych wytycznych. Dodatkowo stosowane leki to calcium carbonicum, smecta oraz floractin.

Występowanie zakażeń *Clostridium difficile* nasila się w wielu krajach, towarzyszy temu również zwiększenie liczby ciężkich przypadków zakażeń (rzekomoblioniaste zapalenie jelit, okrężnica olbrzymia, perforacja jelit i sepsa), z tego powodu rośnie także liczba zgonów [24]. Jednym z ważniejszych czynników ryzyka tych zakażeń jest antybiotykoterapia.

W pracy zaprezentowano opis przypadku chorej z zakażeniem *Clostridium difficile*, o charakterze nawrotowym. U pacjentki wdrożono działania zgodne z obowiązującymi rekomendacjami. W pierwszej kolejności przeprowadzono diagnostykę, następnie podjęto prawidłowe postępowanie w przypadku zakażenia *Clostridium difficile* i systematycznie przeprowadzano edukację chorej i jej rodziny ukierunkowaną na zapobieganie kolejnym nawrotom zakażenia.

Osoby poddawane antybiotykoterapii, podobnie jak w przypadku pacjentki objętej obserwacją, stają się automatycznie osobami z grupy ryzyka, z powodu utraty części flory jelitowej. Spory *Clostridium difficile* mogą przeżywać w środowisku chorego nawet do 5 miesięcy. Kolonizacja jelit przez *Clostridium difficile* może mieć miejsce w szpitalu, a objawy biegunki mogą wystąpić nawet miesiąc po wypisaniu pacjenta ze szpitala [25]. Z powodu narastającej ekspozycji na antybiotyki o szerokim spektrum działania poza szpitalem obserwujemy stale poszerzającą się grupę osób narażonych na biegunkę *Clostridium difficile*. Należy jednak zaznaczyć, że jedynie 25% pierwszorazowych zakażeń *Clostridium difficile* związana jest z hospitalizacją. Pozostałą część chorych stanowią pacjenci leczeni antybiotykami w warunkach ambulatoryjnych [26]. Dane te stanowią kluczowy punkt zaczepienia dla działań profilaktycznych, które powinny obejmować w pierwszej kolejności racjonalizację leczenia przeciwdrobnoustrojowego, jak i dbałość o stosowanie zasad właściwej higieny osobistej oraz przestrzeganie odpowiednich procedur epidemiologicznych.

Podsumowanie

1. Do czynników ryzyka CDI u pacjentki objętej obserwacją należały: wiek powyżej 65 lat, liczba i rodzaj chorób współistniejących, wielokrotne leczenie antybiotykami w krótkim przedziale czasu, nieprzestrzeganie procedur higienicznych oraz poziomu wirulencji szczepu *Clostridium difficile*.
2. Wysokie nakłady na ochronę zdrowia oraz koszty społeczne związane z zakażeniem CDI w dostateczny sposób uzasadniają konieczność wdrażania właściwych środków

prewencji, a także inwestowania w badania nad rozwojem nowych metod leczenia CDI.

3. Rosnąca świadomość personelu medycznego dotycząca zakażenia, a także coraz lepsze możliwości diagnostyczne przyczyniają się do ograniczenia wzrostu liczby objawowych zakażeń *Clostridium difficile* zarówno w warunkach szpitalnych, jak i w lecznictwie ambulatoryjnym.
4. Właściwe leczenie zakażonych CDI oraz edukacja na temat profilaktyki zakażenia gwarantuje możliwie najkrótszy czas hospitalizacji oraz ustąpienie wszystkich dolegliwości.

Bibliografia

1. Olczak A., Grąbczewska E.: Rzekomobłoniaste zapalenie jelit o etiologii *Clostridium difficile*. *Przegl Epidemiol*, 2012; 66:59-65.
2. Sailhamer E.A., Carson K., Chang Y. et al.: Fulminant *Clostridium difficile* colitis. Pattern of care and predictors of mortality. *Arch Surg*, 2009; 144: 433-440.
3. Surawicz Ch.M., Brandt L.J., Binion D.G. et al.: Guidelines for diagnosis, treatment and prevention of *Clostridium difficile* infections. *Am J Gastroenterol*, 2013; 108: 478-498.
4. Hryniewicz W., Martirosian G., Ozorowski T.: Zakażenia *Clostridium difficile*. Diagnostyka, terapia, profilaktyka. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2011.
5. Hall I.C., O'Toole E.: Intestinal flora in new-born infants: with a description of a new pathogenic anaerobe, *Bacillus difficilis*. *Am. J. Dis. Child.*, 1935; 49: 390-402.
6. Goodhand J.R., Alazawi W., Rampton D.S. Systematic review: *Clostridium difficile* and inflammatory bowel disease. *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 2011; 33: 428-441.
7. Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/HAI/organisms/cdiff/Cdiff_infect.html (data pobrania: 27.02.2016)
8. Vernaz N., Hill K., Leggeat S., I wsp.: Temporal effects of antibiotic use and *Clostridium difficile* infections, *J Antimicrob Chemother*, 2009; 63; 6, 1272-1275.

9. Hookman P., Barkin J.S.: Clostridium difficile associated infection, diarrhea and colitis. *World J Gastroenterol*, 2009; 15: 1554-1580.
10. Kuehne S.A., Cartman S.T., Minton N.P.: Both, toxin A and toxin B, are important in Clostridium difficile infection. *Gut microbes*, 2011; 2:252-255.
11. Szczęsny A., Martirosian G.: Epidemiologia zakażeń Clostridium difficile. *Prz Epidemiol*, 2002; 56: 49-56.
12. Owens R.C. Jr., Donskey C.J., Gaynes R.P., et al.: Antimicrobial associated risk factors for Clostridium difficile infection. *Clin Infect Dis*, 2008; suppl. 1: S19-31.
13. Cohen S.H., Gerding D.N., Johnson S., Kelly C.P., Loo V.G., McDonald L.C., et al.: Clinical practice guidelines for Clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the society for healthcare epidemiology of America (SHEA) and the infectious diseases society of America (IDSA). *Inf Control Hosp. Epidemiol*, 2010; 31: 431-455.
14. Wenisch J.M., Schmid D., Kuo H.W., et al.: Prospective observational study comparing three different treatment regimes in patient with Clostridium difficile infection. *Antimicrob Agents Chemother*, 2012; 56: 1974-1978.
15. Bass S.N., Bauer S.R., Neuner E.A., Lam S.W.: Comparison of treatment outcomes with vancomycin alone versus combination therapy in severe Clostridium difficile infection. *J Hosp Infect*, 2013; 85: 22-27.
16. Pepin J., Alary M.E., Valiquette L., Raiche E., Ruel J., Fulop K., Godin D., Bourassa C.: Increasing risk of relapse after treatment of Clostridium difficile colitis in Quebec, Canada. *Clin. Infect. Dis.*, 2005; 40: 1591-1597
17. Olędzka-Oręziak M., Lesiński J., Wiktorowicz M., i wsp.: Clostridium difficile w populacji pacjentów hospitalizowanych – narastający problem terapeutyczny. *Fam Med Prim Care Rev*, 2010; 12, 3: 769-771.
18. Debast S.B. i wsp.: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): update of the treatment guidance for Clostridium difficile infection (CDI). *Clinical Microbiology and Infection*, opublikowany online: 5.10.2013.
19. Bauer M., Kuijper E., van Disel J.: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID): treatment guidance document for Clostridium difficile infection (CDI), *Clin Microbiol Infect*, 2009; 15: 1067-1079.

20. Zar F., Bakkanagari S., Moorthi K.: a comparison of vancomycin and methronidazole for the treatment of *Clostridium difficile* – associated diarrhea, stratified by disease severity, *Clin Infect Dis*, 2007; 45: 302-207.
21. Debast S.B., Bauer M.P., Kuijper E.J.: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: Update of the Treatment Guidance Document for *Clostridium difficile* Infection *Clinical Microbiology and Infection*, 2014; (3), 20, 2: 1-26.
22. Van Nispen, Tot M., Pannerden C.M., i wsp.: Recurrent *Clostridium difficile* infection: what are the treatment options? *Drug*, 2011; 71: 853-868.
23. Hryniewicz W, Martirosian G, Ozorowski T. Zakażenia *Clostridium difficile*. Diagnostyka, terapia, profilaktyka. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia Narodowy Program Ochrony Antybiotyków, 2011.
24. Lessa F.C., Mu Y., Bamberg W.M., Beldavs Z.G., et al.: Burden of *C. difficile* infection in the United States. *N Engl J Med*, 2015; 372; 9: 825-34
25. Oficjalna strona internetowa Narodowego Programu Antybiotyków <http://www.antybiotyki.edu.pl/> Postępowanie w ognisku epidemicznym *Clostridium difficile* (data pobrania: 27.02.2016).
26. Center for Disease Control and Prevention. Stopping *C. difficile* infections. *Vital Signs*. March 2012. <http://www.cdc.gov/VitalSigns/Hai/StoppingCdifficile/> (data pobrania: 10.07.2014).

Czynniki ryzyka oraz profilaktyka łysienia plackowatego

Julita Czajkowska¹, Mateusz Cybulski², Elżbieta Krajewska-Kułałak²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Zdrowie Publiczne

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

W staroegipskim papirusie medycznym, zwanym Papirusem Ebersa, po raz pierwszy została scharakteryzowana ogniskowa utrata włosów [1]. Następnie jeden z najwybitniejszych pionierów współczesnej medycyny – Hipokrates użył terminu „*alopecia*” u swojego pacjenta, u którego zaobserwował wypadanie włosów [1,2]. Hipokrates przetłumaczył dosłownie „*alopecia*” jako choroba lisa. Kolejni uczeni podawali różne propozycje, jeżeli chodzi o nazewnictwo łysienia plackowatego. Obecnie stosowany termin – *alopecia areata* został użyty przez Sauvagesa w „*Nosologica Medica*”, w 1760 roku, w Lyonie, we Francji [2].

Definicja łysienia plackowatego

Łysienie to pojęcie, które rozumie się ogólnie jako wypadanie włosów. Łysienie plackowate (*alopecia areata* – AA) jest specyficzną chorobą skórą, powodującą wypadanie włosów, która pojawia się nagle. Charakterystyczne dla niej jest występowanie na skórze owłosionej człowieka trwałych bądź przejściowych ognisk wyłysienia, które najczęściej pojawiają się na skórze głowy, ale także na brodzie, brwiach i innych partiach ludzkiego ciała, gdzie występują mieszki włosowe [3]. Wielu badaczy zauważyło, że cechą charakterystyczną łysienia plackowatego są tzw. włosy wykrzyknikowe, czyli krótkie, ułamane włosy, które pojawiają się wokół ogniska [4]. Odrastanie włosów w typowym procesie łysienia plackowatego zajmuje różne okresy czasu – nie raz jest to kilka miesięcy, niekiedy nawet aż kilka lat. Łysienie plackowate jest procesem zazwyczaj nawracającym, a przebieg tej choroby może przybrać zarówno formę łagodną, jak i ostrą [5]. Jak każda inna choroba, bez względu

na jej przebieg, łysienie plackowate może powodować u chorego cierpienie emocjonalne czy też psychospołeczne [6]. Łysienie plackowate znajduje się w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) wśród chorób przydatków skóry na pozycji L63 [7].

W zależności od stopnia nasilenia utraty włosów, można wyróżnić kilka odmian klinicznych łysienia plackowatego [8]:

- łysienie plackowate zwykłe;
- łysienie plackowate całkowite;
- łysienie plackowate uogólnione.

Populacja narażona i częstość występowania

Na łysienie plackowate może być narażony każdy człowiek. Nie ma reguły, że dana jednostka chorobowa jest przypisana do określonej płci, czy też wieku [9]. Wykazano, że na częstość występowania ma wpływ przede wszystkim etniczność.

Problem łysienia plackowatego w Stanach Zjednoczonych dotyczy 5 mln ludzi [10,11]. Oceniono, że 1,7% ludzi na całym świecie może zostać dotkniętych tą chorobą w przeciągu ich całego życia [11]. Szacując, od około 0,7% do 3,0% pacjentów zgłaszających się do dermatologa, to osoby z problemem łysienia plackowatego [11].

Łysienie plackowate zazwyczaj po raz pierwszy dotyka osoby młode. Ponad 40% pacjentów ma mniej niż 20 lat, 66% powyżej 30 lat, a tylko 30% to osoby powyżej 40 roku życia [10,11]. Najwięcej pacjentów zgłaszających się z owym problemem to osoby, które są w przedziale wiekowym 15-29 lat [10,11].

Inni badacze [12] wykazali podobnie. Na łączną liczbę 98 badanych przypadków AA, zachorowalność wśród płci jest jednakowa – 49 przypadków wśród mężczyzn i 49 wśród kobiet [12].

Badania wykazały, że AA stanowi 25% wszystkich przypadków łysienia, a większość pacjentów należy do grupy wiekowej 21-30 lat (995 osób na 2962 przypadków) oraz 31-40 lat (724 osoby na 2962 przypadków) [13]. Rozkład AA wśród obu płci i różnych ras jest na ogół jednakowy, jednak wydaje się, że to właśnie kobiety, a także pacjenci rasy czarnej, mają

wyższą częstotliwość wizyt w klinikach [14]. Prawdopodobieństwo rozwoju AA w ciągu naszego życia wynosi 1,7% [15].

Czynniki ryzyka predysponujące do powstania łysienia plackowatego

Łysienie plackowate uznane jest za autoimmunologiczną chorobę, w której układ odpornościowy atakuje mieszki włosowe [15]. Bardziej rozbudowana wersja przyczyn AA jest nieznana – prawdopodobnie dlatego, że jest ona spowodowana przez kombinację różnorodnych czynników genetycznych i środowiskowych. W literaturze [3,15,16] występują wzmianki, że głównymi czynnikami ryzyka, powodującymi łysienie plackowate, jest:

- wiek – na chorobę narażone są głównie osoby poniżej 30-ego roku życia;
- stres emocjonalny oraz fizyczny;
- historia rodzinna;
- współwystępowanie innego zaburzenia autoimmunologicznego;
- infekcje;
- dieta;
- zaburzenia endokrynologiczne:
 - choroba tarczycy;
 - atopowe zapalenie skóry.

Z domniemanych przyczyn, wyżej wymienione czynniki ryzyka zwiększają potencjalnie skłonność do występowania AA. Prawdopodobnie połączenie kilku faktorów, może mieć wpływ na typ, ciężkość, czas trwania łysienia plackowatego oraz na skutki leczenia. Tak naprawdę jeden czynnik wywodzi się z drugiego, występują pomiędzy nimi ściśle korelacje, a ryzyko dalszego rozwoju chorób autoimmunologicznych wzrasta o 16% [17].

Według naukowców, z domniemanych przyczyn ryzyka, największy wpływ na powstawanie łysienia plackowatego ma teoria autoimmunologiczna – 10%-60%, czynniki genetyczne – 43,1%, a także czynniki psychogenne, w głównej mierze stres – 25,5% oraz nieodpowiednia dieta – 15,7 % [10,18].

Wiek

W zależności od wieku można spodziewać się różnych chorób, jednak jedno jest pewne – łysienie plackowate dotyka częściej młodych ludzi. Większość osób, które przebyły łysienie

plackowate, bądź są na etapie jego rozwoju, należy do grupy osób poniżej 30-go roku życia [19]. Spośród badanych 28 osób, to właśnie 19 pacjentów (68%) było tymi, których w młodym wieku dotknęło łysienie plackowate. Przypuszczać można by było, że łysienie plackowate występuje u młodych osób, ponieważ są one bardziej narażone na stres ze względu na okres dojrzewania, próbują różnych używek, niezbyt dobrze się odżywiają, a w konsekwencji mają niedobory witaminowe [19].

Autoimmunizacja

Autoimmunizacją nazywana jest reakcja własnego układu odpornościowego, gdzie powstają przeciwciała lub tzw. uczulone limfocyty, które to same atakują tkanki organizmu. Teoria autoimmunologiczna dotycząca łysienia plackowatego jest powszechnie akceptowana [20]. Wszelkie badania wykazały istotną korelację zachodzącą pomiędzy łysieniem plackowatym, a rozwojem innych chorób w naszym organizmie. Przede wszystkim wykazano, że częstotliwość oraz zaawansowanie alergii stanowi wyższą liczbę u osób z przoduującym łysieniem plackowatym, niż w całej populacji [20]. Wykazano również, że wysoka gorączka, astma czy też atopowe zapalenie skóry mogą być dobrymi predyktorami do rozwoju łysienia plackowatego – takie jednostki chorobowe zostały wykryte u 10%-60% osób chorujących na łysienie plackowate [20]. Zauważono istotne powiązanie AA z innymi chorobami autoimmunizacyjnymi, takimi jak: choroba tarczycy – 18%, anemia – około 1% oraz łuszczyca – około 0,5% [20]. U pojedynczych pacjentów można spostrzec występowanie wrzodziejącego zapalenia okrężnicy, a także wykryć stwardnienie rozsiane [20].

Badania retrospektywne wykazały znaczącą korelację zachodzącą pomiędzy występowaniem AA, a chorobami autoimmunizacyjnymi oraz atopiami. Rezultatem tych nieprawidłowości mogą być niespecyficzne wrażliwości układu odpornościowego, które łączą się z różnymi skłonnościami genetycznymi [20]. Doszukuje się również prawdy w prostszej teorii, która mówi, że występowanie atopii, czy też chorób autoimmunologicznych może być zwykłym procesem, zachodzącym w organizmie, który prowadzi do nierówności pojawiającej się w układzie odpornościowym i w ten sposób tworzy się *alopecia areata* [20]. Ciekawostką jest fakt, że osoby, u których pojawiło się łysienie plackowate, są w mniejszym stopniu narażone na rozwój cukrzycy, niż ich zdrowi krewni [20].

Czynniki genetyczne

Pacjenci z łysieniem plackowatym mają bardzo dużą liczbę osób (57%) w swojej rodzinie, które również posiadają ten sam problem. Osoby, które same obecnie chorują na łysienie plackowate wskazywały, że AA jest najbardziej dziedziczne po matce (28%) oraz po ojcu (21%). Niektórzy badacze uważają, że istnieje szeroki wachlarz dodatkowych czynników, które wzmagają powstawanie choroby, np.: hormony, narkotyki, zła dieta, toksyny, itp. – połączenie kilku z nich może doprowadzić do aktywacji choroby [21]. Wykazano, że występowanie choroby w rodzinie ma istotny wpływ na pacjentów, u których choroba wystąpiła przed 30 rokiem życia [22]. W jednym z badań wskaźnik zgodności wśród bliźniąt jednojajowych wyniósł 55% [22]. Zauważono także, że częstość występowania AA zwiększa się u pacjentów z trisomią 21 (zespołem Downa), z przewagą 6-9% [22]. Również autoimmunologiczny zespół wielogruczołowy typu 1 (najczęściej niedoczynność przytarczyc i kory nadnerczy) może powodować łysienie plackowate, które stopniowo przeistacza się w łysienie całkowite [23]. Niemal $\frac{1}{3}$ kobiet (32,1%) zrzuca winę na zmiany hormonalne: 7,14% kobiet uważa, że utrata włosów została spowodowana faktem zajścia w ciążę, a 3,5% kobiet obarcza winą przyjmowanie tabletek antykoncepcyjnych.

Uczeni uważają, że niektórzy ludzie mają genetyczne predyspozycje do powstawania łysienia. Prawdopodobnie istnieje kilka genów, które są odpowiedzialne za powstawanie łysienia, choć nie do końca wiadomo, które to z nich. Sugeruje się, że odpowiedzialne mogą być geny głównego układu zgodności tkankowej oraz geny powiązane z reakcją odpornościową – w szczególności te, które systematyzują komórki grasicozależne (limfocyty T) [24].

Za najbardziej realną teorię dotyczącą genetyki przyjęto koncepcję McElwee [20]. Pogląd ten mówi, iż łysienie plackowate powoduje nie jeden, a kilka genów, jednak spośród nich można wyróżnić te, które warunkują skłonność na rozwój choroby [20]. Oczywiście jest jedno – im więcej dana osoba posiada tych genów, tym bardziej narażona jest na powstanie AA. Uważa się, że choroba dziedziczna jest w sposób autosomalny [20].

Czynniki psychogenne

Dla każdego człowieka, bez względu na wiek, wygląd stanowi jedną z ważniejszych ról, dzięki której może kreować i budować swoje oblicze, charakter, nastrój czy też usposobienie. Jak wiadomo dla każdego człowieka ważny jest jego wizerunek, szczególnie dla kobiet ważna jest kondycja i wygląd włosów.

Wpływ stresu na powstawanie ognisk wyłysienia dostrzeżono już w latach 40. XX wieku (głównie podczas II wojny światowej) – wtedy to zauważono zwiększoną liczbę zachorowań na łysienie plackowate [25].

Wiele osób, które ma problemy z chorobą, przeżywa nieunikniony stres. Stres staje się powoli winowajcą wszystkich chorób dotykających ludzi i jak wiadomo, nie jest przyjacielem żadnego człowieka. Stres postrzegać można jako psychofizjologiczną odpowiedź pochodzącą od zagrożonego środowiska w danej sytuacji [26]. Jego ciągłe występowanie może przyczynić się do osłabienia odporności, zwiększonej podatności na choroby, a w najgorszym przypadku śmierci [14]. Układ odpornościowy jest ściśle powiązany z układem nerwowym. Osłabienie układu nerwowego stresem przez różnorodne sytuacje życiowe, na które każdy człowiek jest narażony, może spowodować początki łysienia plackowatego [27]. Wiele osób, które przebywa/przebyło chorobę wskazuje na to, że to stres emocjonalny, który pojawił się około 6 miesięcy wcześniej był w głównej mierze czynnikiem, który spowodował powstanie łysych ognisk [3,15].

Chorzy sugerują tak z tego względu, iż nie posiadają innych chorób autoimmunologicznych i problemów zdrowotnych, a np. ich praca powoduje, że są narażeni na długotrwały stres, który wpływa na wyższą zapadalność na łysienie plackowate. Najczęściej zauważalnymi sytuacjami, powodującymi wyłysienie były: trauma oraz przewlekły stres psychiczny [13].

Rola stresu psychospołecznego w łysieniu plackowatym jest dość kontrowersyjna [28]. W odniesieniu do kwestii chorób psychicznych współistniejących oraz różnych cech osobowości w AA, niektórzy autorzy twierdzą, że to właśnie lęk oraz depresja powodują początek choroby [29]. Inni autorzy twierdzą natomiast, że oba te czynniki nie mają najmniejszego znaczenia [9]. Jedno jest pewne – łysienie plackowate jako choroba ma ogromny wpływ na jakość życia i wiąże się ono z niekorzystnym wpływem na samopoczucie psychiczne [30]. W jednym z badań wykazano, że pacjenci z AA odczuwają wyższy dyskomfort życiowy i psychiczny niepokój [30]. Inne badania wykazały, że mimo iż stres może odgrywać niewielką rolę w powstawaniu choroby, to niestety, w późniejszym okresie może okazać się jednym z głównych mediatorów [30].

Rolę stresu jako predykatora łysienia plackowatego szacuje się od 20 do 74% wśród osób, które zachorowały [25]. Oceniono, że zarówno dorośli, jak i dzieci we wczesnym okresie adolescencji, częściej niż osoby bez żadnych niedomagań, są narażone na większe prawdopodobieństwo wystąpienia incydentów traumatycznych [25]. Pod uwagę należy wziąć

fakt, że każdy człowiek ma inną osobowość i interpretuje czynniki stresujące w różny sposób [25]. Zwiększoną emocjonalność w odczuwaniu czynników stresowych zaobserwowano u osób chorujących na *alopecia areata*, niż w stosunku do całej zdrowej populacji.

Dane kliniczne są zbieżne, dlatego też należy podchodzić do nich z ostrożnością. Część z nich potwierdza tezę, że stres może wyzwoić początek AA, jednak on sam nie jest tak silny, aby być główną przyczyną choroby. Mimo to wykazano, że osobowość obsesyjno-kompulsywna oraz pewne cechy psychospołeczne, jak depresja, lęk, agresja, schizofrenia, fobie, czy zaburzenia adaptacyjne, znacznie wiążą się z powstaniem AA [22,25]. Wykrycie tych czynników jest niezmiernie ważne i pozwala niezwłocznie kierować pacjentów do specjalistów zdrowia psychicznego i wdrażać leczenie multidyscyplinarne, aby osiągnąć pozytywną odpowiedź terapeutyczną.

Dieta – żelazo, witamina D, cynk

Łysienie plackowate, podobnie jak inne choroby, może być kształtowane poprzez źle dobraną dietę. Badania przekrojowe wykazują, że łysienie plackowate wiąże się z niedoborem żelaza w organizmie [31]. Mimo wykazania związku dotyczącego wpływu żelaza na występowanie łysienia, nie jest znany mechanizm, który wyjaśniałby dlaczego tak się dzieje. Jednym logicznym wyjaśnieniem jest fakt, że niedobór żelaza spowalnia syntezę DNA i w związku z tym zmniejsza zdolność do mnożenia się komórek, odpowiadających za powstanie mieszków włosowych [31].

Kolejnym ważnym mikroelementem, który występuje w ludzkim organizmie w znikomych ilościach, a spełnia bardzo wiele funkcji, jest cynk. To dzięki niemu człowiek odczuwa smaki, zapachy, czy goją mu się szybciej rany. Jest on także odpowiedzialny za prawidłowy wzrost włosa i jego regenerację. W wielu przypadkach stwierdzono istotną korelację pomiędzy pacjentami z długotrwałym łysieniem plackowatym, a zmniejszoną ilością cynku w osoczu krwi [24]. Niedobór cynku stwierdzono nie tylko w łysieniu plackowatym, ale także w innych typach łysienia: całkowitym, zwykłym i złośliwym – w ostatnim przypadku, obniżenie to było znaczące [24]. W związku z powyższym zaleca się stosowanie odpowiednich preparatów bądź spożywanie produktów bogatych w cynk, dzięki którym można polepszyć rokowania choroby.

Witamina D jest kolejnym niezbędnym składnikiem diety. Należy pamiętać, że ma ona wpływ na poprawne funkcjonowanie ludzkiego organizmu. Stwierdzono istotną korelację

między łysieniem plackowatym, a niedoborem witaminy D, która może być istotnym czynnikiem ryzyka powodującym wystąpienie AA [32]. Między innymi konsekwencją braku witaminy D jest utrata włosów. Odkryto, że witamina D ma istotny wpływ na rozrost włosa. Może regenerować komórki, a następnie przekształcać je w mieszki włosowe [32]. Odpowiednia suplementacja, przebywanie na słońcu, a przede wszystkim spożywanie posiłków bogatych w źródła witaminy D, jak jaja, tłuszcze, ryby, itp., może zapobiegać powstaniu niedoboru, a w konsekwencji negatywnym skutkiem zdrowotnym [33].

Warto zastanowić się, na ile wszystkie przeprowadzone badania w populacji są prawdziwe. W badaniach zazwyczaj uczestniczą losowo wybrane osoby, a w związku z tym, nie wyklucza to osób otyłych i/bądź pacjentów z problemami nadwagi, u których, jak wiadomo obniża się poziom witaminy D w organizmie [32]. Po drugie nie wiadomo, czy w danej kohorcie znajdowały się osoby, które spożywały suplementy witaminy D dla swojego lepszego samopoczucia, bądź też byli po prostu leczeni witaminą D [32].

Pomimo przytoczonych powyżej badań, stwierdzono istotną korelację między AA, a niedoborem witaminy D. Niedobór witaminy D może być istotnym czynnikiem ryzyka przy występowaniu AA [32].

Profilaktyka w łysieniu plackowaty

Zdawać by się mogło, że profilaktyka w łysieniu z jednej strony jest dość oczywista, ale z drugiej strony, gdyby głębiej się nad tym zastanowić, ludziom brakuje pomysłów na zapobieganie utracie włosów. Profilaktyka w łysieniu plackowatym jest bardzo prosta i nie wymaga zbyt wiele wysiłku. Pole profilaktyki w łysieniu plackowatym jest bardzo szerokie, można ją znaleźć na poziomie edukacji, kontroli własnych zachowań, a kończąc na ćwiczeniach relaksujących i odprężających. Najefektywniejszym i najskuteczniejszym ogniwem prewencji jest unikanie negatywnych, nieodpowiednich zachowań.

Pierwszym z przykładów zapobiegania łysieniu jest należyte utrzymywanie odpowiedniej higieny osobistej. Biorąc pod uwagę owłosioną skórę głowy, należy przede wszystkim dobrać odpowiednie środki do pielęgnacji włosów. Należy mieć na uwadze, że źle dobrane środki mogą prowadzić do powstania łupieżu, łojotoku, co przyczynia się do osłabienia struktury włosa, a w konsekwencji może stać się czynnikiem inicjującym powstanie łysienia plackowatego. Najczęściej występującymi błędami przy pielęgnacji włosów u osób

chorujących na *alopecia areata* jest stosowanie suszarek do włosów, prostownicy, lokówek i innych urządzeń nadmiernie uszkadzających włosy. Niestosowne jest też poddawanie skóry owłosionej głowy częstym zabiegom farbowania, ondulacji, rozjaśniania i innych, ponieważ każdy z nich stopniowo wpływa na osłabienie struktury włosa [24].

Drugim z przykładów jest odpowiednia dieta. Spożywanie odpowiednich produktów spożywczych, bogatych w witaminy, poprawia kondycję całego organizmu. Każdy człowiek doskonale wie, że brak witamin osłabia strukturę włosów. Odpowiednia ilość witaminy D, dostarczana przez posiłki takie jak jaja, wątróbka, śmietana, borowiki, tłuste ryby: łosoś, makrela czy tuńczyk, może poprawić samopoczucie. Ponadto dobrym czynnikiem, który przeciwdziała niedoborom witaminy D jest słońce, ponieważ poprzez promieniowanie słoneczne witamina D jest syntezowana w naszym organizmie.

Aby stworzyć kompleksowy program zapobiegawczy należy zaplanować działania na każdym poziomie profilaktyki. W łysieniu plackowatym można się pokusić o wiele takich poczynań, które ułatwiłyby funkcjonowanie, ale także sprawiłyby, że człowiek czułby się z chorobą dużo lepiej. Wszelkie działania zapobiegawcze, nie tylko przeciwko samej chorobie, zmniejszają szansę na wystąpienie wszelkich zagrożeń i mają pomagać w utrzymaniu obecnej równowagi organizmu.

Leczenie łysienia plackowatego

Leczenie można przyporządkować do profilaktyki III fazy. Jak w każdej chorobie, przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia, należy rozważyć skutki uboczne oraz powikłania, które teoretycznie mogą się pojawić. Leczenie łysienia plackowatego można podzielić na leczenie miejscowe i ogólnoustrojowe [8]. W AA zalecane jest, aby początkowo stosować mniej agresywne środki lecznicze, a następnie kierować się ku silniejszym terapiom, jeśli nie ma żadnej pozytywnej odpowiedzi terapeutycznej.

Przede wszystkim, aby dostosować leczenie do odpowiedniego typu łysienia plackowatego należy skonsultować się z lekarzem dermatologiem, który powinien rozważyć przebieg choroby i potencjalne możliwości leczenia. Każdy z lekarzy, bez względu na rozległość zaawansowania choroby sugeruje pacjentom podjęcie psychoterapii, ponieważ to często ona sama, bez żadnych innych leków i działań wystarcza do zamaskowania/wyleczenia AA [33,34]. Leczenie łysienia plackowatego tak naprawdę jest leczeniem objawowym i zależy

przede wszystkim od typu łysienia, ogólnego stanu zdrowia pacjenta, jego wieku, współistniejących chorób, ale także podejścia samego pacjenta do całokształtu choroby [8]. Leczenie powinno być dostosowywane odrębnie dla każdego pacjenta. Oczywiście jest, że przebieg choroby jest bardzo trudny do przewidzenia, ze względu na częste nawroty objawów. Z tego też powodu, po odbytej terapii pacjent musi być poinformowany, że istnieje duże prawdopodobieństwo nawrotu choroby [8].

Wśród terapii miejscowej można wyróżnić wiele leków, preparatów, czy działań, które potencjalnie mają przynieść poprawę. Jednak tak naprawdę, czy dany lek lub działanie dadzą pożądany efekt, jest trudne do przewidzenia. Skuteczność leku jest zależna od preferencji naszego organizmu. Leczenie miejscowe, przede wszystkim ma polegać na przyjmowaniu doustnych leków, bądź stosowaniu w miejscu wyłysienia preparatów, czyli tzw. „wcierek”. Największą skuteczność w terapii miejscowej przynoszą kortykosteroidy, fotochemioterapia oraz miejscowa immunoterapia [8,34].

Kortykosteroidy to grupa leków, która najczęściej zalecana jest osobom borykającym się z łysieniem plackowatym. Już ponad 50% pacjentów z AA może pochwalić się całkowitą, pozytywną, lecz krótkotrwałą odpowiedzią terapeutyczną – większość pacjentów przyznaje, że pożądane efekty mijały wraz z odstawieniem leków [34]. Zauważono, że wprowadzenie leczenia kortykosteroidami jest skuteczne, gdy w przeciągu 3 miesięcy od pojawienia się pierwszych objawów poddamy się leczeniu [34]. Nie mniej jednak trzeba uwzględnić działania niepożądane, do których należą: rozszerzanie się drobnych naczynek krwionośnych, zmniejszona elastyczność skóry, zaćma, zaburzenia miesiączkowania, zapalenie mieszków włosowych i wiele innych [34]. Efekty uboczne występują niestety u większości osób stosujących daną terapię. Największym mankamentem danej terapii jest to, że nie jest ona efektywna przy leczeniu łysienia plackowatego całkowitego, a ze względu na występujące powikłania, nie powinno stosować się jej u dzieci [34]. Kortykosteroidy uznawane są za jedną z najlepszych terapii AA, jednak ze względu na różnorodne dawkowania, które są dostosowywane indywidualnie do charakteru choroby pacjenta, ciężko jest ocenić, jaka dawka leku oraz jaki sposób podania (doustny, dożylny) jest najbardziej skuteczny w omawianej terapii.

Następną w kolejności terapią, która przynosi pożądane efekty jest fotochemioterapia. W odróżnieniu od fototerapii, gdzie stosowane jest promieniowanie typu B, fotochemioterapia daje od 60% do 65% efektu [34]. Jak sama nazwa wskazuje, terapia ta polega na naświetlaniu,

zazwyczaj całego miejsca, gdzie występują wyłysienia, jednak 1-2 godziny przed procesem naświetlenia pacjent musi przyjąć preparat w postaci kapsułek bądź tabletki [34]. Fotochemioterapia oceniana jest jako jedna z najbardziej skuteczniejszych, a zarazem najbezpieczniejszych metod leczenia wśród pacjentów z AA [34].

W miejscowym leczeniu dużą skuteczność odgrywa także immunoterapia. Immunoterapia polega na aktywacji układu odpornościowego organizmu, tak by sam walczył z łysieniem plackowatym. Miejscowa immunoterapia w AA polega na stosowaniu alergenów kontaktowych, najczęściej difenylocyklopropenonu (DPCP) [34]. Immunoterapia, przede wszystkim obniża bądź też całkowicie niweluje stan zapalny, który pojawia się wokół mieszków włosowych [34]. Pierwszy odrost włosów jest już zauważalny nawet po 3 miesiącach, a ich całkowity odrost można zauważyć dopiero po 12 miesiącach [34]. Jeżeli choremu uda się wytrwać przez taki długi czas w terapii, to ma zagwarantowany nawet 90% odrost włosów [34].

W leczeniu ogólnym najważniejsza jest własna akceptacja, ale także wsparcie, które może mieć duże znaczenie. Łysienie plackowate jest chorobą, która może nasilać się pod wpływem stresu i negatywnych emocji, dlatego też trzeba je niwelować [34]. Wsparcie psychiatry, czy psychologa jest w tym przypadku bardzo skuteczne. Ma on przede wszystkim na celu pomóc zrozumieć pacjentowi przebieg choroby, skierować go na tzw. meeting w grupach wsparcia, a w cięższych przypadkach przepisać leki antydepresyjne [34]. W uciążliwych sytuacjach, gdzie pacjentowi nie udaje się wygrać z chorobą, specjalista podpowiada również o innych możliwościach, jak np. peruka czy też całkowity/miejscowy przeszczep włosów [34]. Z wielu danych wynika, że wsparcie osoby chorującej na AA, a także organizowanie i spędzanie z nią czasu, daje pozytywną odpowiedź w postaci zarostu miejsc wyłysienia.

Trzeba pamiętać, że brak leczenia też ma pozytywny wpływ. U ponad 50% pacjentów chorujących na AA zauważono całkowity odrost włosów po niecałym roku nie stosowania żadnych terapii [34]. Dlatego warto zastanowić się, czy sensowne jest stosowanie różnych terapii i pogarszanie swojego stanu psychicznego przez fakt długotrwałego procesu odrastania włosów, czy może lepiej dać szansę własnemu organizmowi na zwalczenie choroby samoistnie.

Wnioski

W wyniku przeprowadzonej analizy piśmiennictwa sformułowano następujące wnioski:

1. Łysienie plackowate jest chorobą skórą, która może dotknąć każdą osobę bez względu na wiek czy płeć.
2. Spośród wszystkich czynników ryzyka, powodujących łysienie plackowate, najbardziej prawdopodobnym wydaje się być powiązanie AA ze zmianami genetycznymi.
3. Łysienie plackowate jest ważnym problemem pod względem estetycznym i psychologicznym - u osób chorujących na *alopecia areata* zaobserwowano zwiększoną emocjonalność, niż w stosunku do całej zdrowej populacji.
4. W łysieniu plackowatym można zaplanować wiele działań profilaktycznych, jak i skorzystać z różnych form leczenia, mając do wyboru szereg terapii, zarówno miejscowych, jak i ogólnych.

Bibliografia

1. Rozprawa doktorska W. Sudnik „Rola selektyn E, L i P w patomechanizmie łysienia plackowatego”. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/245835/index.pdf> (data pobrania: 28.03.2015).
2. Raja R.M., Ramani R.P., Kartik V., Kandasamy D.: Alopecia Areata and dental disease association – a review. *Int J Pharm Bio Sci.*, 2013; 4(1), 978-982.
3. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C.: *Dermatologia tom II*. Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o., Lublin 2004.
4. Petukhova L., Duvic M., Horodinsky M., Norris D., Price V. Shimomura Y., Kim H., Singh P., Lee A., Chen W., Meyer K.C., Paus R., Jahoda C.A.B., Amos C.I., Gregersen P.K., Christian A.M.: Genome-wide association study in alopecia areata implicates both innate and adaptive immunity. *Nature*, 2010; 466(7302), 113-117.
5. Shapiro J.: Clinical practice. Hair loss in women. *N Engl J Med.*, 2007; 357, 1620-1630.

6. Basra M.K., Edmunds O., Salek M.S., Finlay A.Y.: Measurement of family impact of skin disease: Further validation of the Family Dermatology Life Quality Index (FDLQI). *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 2008; 22, 813-821.
7. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizja dziesiąta. World Health Organization, 2008: Tom I. <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> (data pobrania: 08.01.2015).
8. Joss-Wichman E., Broniarczyk-Dyła G.: Współczesne poglądy na etiopatogenezę łysienia plackowatego. *Post. Derm. Alergol.*, 2005; 22(4), 189-198.
9. Güleç A.T., Tanriverdi N., Dürü C., Saray Y., Akçali C.: The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *Int J Dermatol.*, 2004; 43, 352-356.
10. Gilhar A., Etzioni A., Paus R.: Alopecia areata. *N Engl J Med.*, 2012; 366, 1515-1525.
11. Jabbari A., Petukhova L., Cabral R.M., Clynes R., Christiano A.M.: Genetic basis of alopecia areata: a roadmap for translational research. *DermatolClin.*, 2013; 31, 109-117.
12. Al-Rubaiy L.K.Q., Al-Rubaiy K.K.: Stress: A Risk Factor For Psoriasis, Vitiligo And Alopecia Areata. *The Internet Journal of Dermatology*, 2006; 4(2), 5.
13. Al-Mutairi N., Eldin O.N.: Clinical profile and impact on quality of life: Seven years' experience with patients of alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2011; 77, 489-493.
14. McMichael A.J., Pearce D.J., Wasserman D.: Alopecia in the United States: outpatient utilization and common prescribing patterns. *J Am Acad Dermatol.*, 2007; 57, 49-51.
15. Sterry W., Burgdorf R.P.W.: *Dermatologia*. Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o. o., Lublin 2009.
16. MacLean K.J., Tidman M.J.: Alopecia areata: more than skin deep. *The Practitioner*, 2013; 257(1764), 29-32.
17. Huang K.P., Mullangi S., Guo Y., Qureshi A.A.: Autoimmune, atopic, and mental health comorbid conditions associated with alopecia areata in the United States. *JAMA Dermatol*, 2013; 149(7), 789-794.

18. Orăsan M.S., Mitrea D.R., Conceac A., Mureşan A.: The psychosocial consequences of androgenetic alopecia in women and possible risk factors. *Clujul Medical*, 2013; 86, 20-26.
19. Wang E., McElwee K.J.: Etiopathogenesis of alopecia areata: Why do our patients get it? *DermatolTher.*, 2011; 24(3), 337-47.
20. Kos L., Conlon J.: An update on alopecia areata. *Curr Opin Pediatr.*, 2009; 21, 475-80.
21. Kakourou T., Karachristou K., Chrousos G.: A case series of alopecia areata in children: impact of personal and family history of stress and autoimmunity. *J Eur Acad Dermatol Venereol.*, 2007; 21, 356–359.
22. Ito T.: Hair follicle is a target of stress hormone and autoimmune reactions. *J Dermatol Sci.*, 2010; 60,67-73.
23. Gunia-Krzyżak A., Borczuch-Kostańska M., Marona H.: Przyczyny łysienia oraz wybrane metody farmakologiczne i kosmetyczne jego leczenia. *Farm Pol.*, 2014; 70(2), 111-120.
24. Brodnarczyk-Dyła G., Pajor A.: Łysienie plackowate jako choroba psychosomatyczna. *Dermatologia Estetyczna*, 2011; 13(4), 234-239.
25. Piotrowski N.A., Wason D.H.: Stress. *Magill's Medical Guide*, 2014; 5, 300.
26. Dubois M., Baumstrack-Barrau K., Gaudy-Marqueste C., Richard M.A., Loundou A., Auquier P., Grob J.J.: Quality of Life in Alopecia Areata: A Study of 60 Cases. *J Invest Dermatol.*, 2010; 130, 2830-2833.
27. Matzer F., Egger J.W., Kopera D.: Psychosocial Stress and Coping in Alopecia Areata: A Questionnaire Survey and Qualitative Study Among 45 Patients. *ActaDermVenereol* 2011; 91, 318-327.
28. Picardi A., Pasquini P., Cattaruzza M.S., Gaetano P., Baliva G., Melchi C.F., Papi M., Camaioni D., Tiago A., Gobello T., Biondi M.: Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. *Psychosomatics*, 2003; 44, 374-381.
29. Hunt N., McHale S.: The psychological impact of alopecia. *BMJ*, 2005; 331, 951-953
30. Trost L.B., Bergfeld W.F., Calogeras E.: The diagnosis and treatment of iron deficiency and its potential relationship to hair loss. *J Am AcadDermatol.*, 2006; 54, 824-844.

31. Mahmud Mahamid M.D., Omar Abu-Elhija M.D., Mosab Samamra M.D., Ammad Mahamid M.D., William Nseir M.D.: Association between Vitamin D levels and Alopecia Areata. IMAJ, 2014; 16, 367-369.
32. Amor K.T., Rashid R.M., Mirmirani .P: Does D matter? The role of vitamin D in hair disorders and hair follicle cycling. Dermatol Online J., 2010; 16(2), 3.
33. Langner A., Ambroziak M.: Łysienie plackowate – etopatogeneza i leczenie. Przew. Lek. 2004; 6, 78-82.
34. Łuczak M., Łuczak T., Cieścińska C., Czajkowski R.: Leczenie ogólne łysienia plackowatego. Przegl. Dermatol., 2013; 100, 53-58.

Poronienie samoistne – jako problem populacyjny w Polsce

Wioleta J. Omeljaniuk¹

¹ – Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W polskiej literaturze medycznej powszechnie funkcjonuje definicja poronienia, która zawarta jest w załączniku obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2004 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Zgodnie z nią „*poronieniem określa się wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni)*” [1,2].

Definicje i kryteria poronienia różnią się w poszczególnych krajach, a nawet w różnych stanach USA. W Polsce przez wiele lat uznawano za górną granicę poronienia – 16. tydzień ciąży (tc), w Australii – 20. tc, w Wielkiej Brytanii – 24. tc, bądź umownie kryterium 20. tc lub nawet kryterium pierwszego trymestru. Przyjęcie kryteriów zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) doprowadziło do coraz szerszej akceptowanej na całym świecie redefinicji poronienia jako zakończenia ciąży przed skończeniem 22. tygodnia ciąży, przy jednoczesnej masie płodu poniżej 500g [3]. Utratę ciąży po 22. tc definiuje się jako ciążę martwą lub poród przedwczesny [4]. Granica między poronieniem a porodem przedwczesnym jest umowna, tym bardziej, że dzięki osiągnięciom dzisiejszej medycyny zwiększa się możliwość utrzymania przy życiu niedojrzałego jeszcze dziecka [5-7].

Poronienie sztuczne/wywołane lub aborcja (*abortus artificialis*, ang. *abortion*) zgodnie z obowiązującą Ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży ogranicza możliwość dokonania legalnej aborcji przy zaistnieniu jednej z określonych przesłanek.

Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy [8]:

- ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej), wystąpienie tej okoliczności stwierdza dwóch lekarzy, innych niż przeprowadzający zabieg aborcyjny,
- badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu, (do chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem kobiety ciężarnej); wystąpienie tej okoliczności stwierdza dwóch lekarzy, innych niż przeprowadzający zabieg, przerywanie ciąży dopuszczalne do 22. tc.,
- zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego, zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego (do 12. tc), wystąpienie tej okoliczności stwierdza prokurator [8].

Poronienie samoistne jest najczęściej występującym powikłaniem ciąży. Dla większości kobiet poronienie jest zdarzeniem epizodycznym, u niektórych zaś się powtarza. Około 25-30% wszystkich kobiet, które zaszły w ciążę doznały utraty jednej lub więcej ciąż. Szacuje się, że ok. 0,4% kobiet lub 1:100 kobiet doświadczyło aż trzech kolejno po sobie następujących poronień (poronienia nawykowe). Ocena częstości występowania poronienia w ogólnej populacji jest trudna, ponieważ do utraty wielu wczesnych ciąż dochodzi przed ich rozpoznaniem oraz z powodu nieokreślonej liczby sztucznych przerwania ciąży. Przyjmuje się, że około 10-30% klinicznie rozpoznanych ciąż ulega samoistnemu poronieniu, z czego 80% w I trymestrze [9]. Zasadniczo rozróżnia się dwie grupy poronień: zależne od jaja płodowego oraz zależne od matki. Do najczęstszych przyczyn poronień należą wady rozwojowe jaja płodowego, które stanowią ok. 40-70% wszystkich utraconych ciąż w I trymestrze oraz 30% w II trymestrze. Młode, nie w pełni wykształcone zarodki nie są w stanie rozwijać się prawidłowo. Następuje naturalna selekcja płodów powstałych na skutek połączenia się nieprawidłowo zbudowanych komórek płciowych matki i ojca. Wówczas poronienie następuje już w 6.-7. tc. Poronienia mogą być wynikiem różnych procesów, tj.: anomalie chromosomowe, nieprawidłowości w obrębie kosmówki, zaburzenia immunologiczne (konflikt serologiczny) oraz wady rozwojowe płodu [6,10-12]. Czynniki matczyne odpowiedzialne za utratę ciąży dotyczą ok. 15-29% wszystkich przypadków poronień. Wśród wielu przyczyn związanych z występowaniem poronień samoistnych zależnych od strony

matki wyodrębnia się czynniki wykazujące działanie od wewnątrz, jak i od zewnątrz na kobietę ciężarną, należą do nich: zaburzenia budowy anatomicznej macicy i narządów rodnych, zaburzenia hormonalne, metaboliczne, immunologiczne, przebyte infekcje, wiek matki, przebieg pierwszej ciąży, wiek ciążowy – długość trwania ciąży, nieprawidłowy sposób odżywiania, substancje uzależniające i psychoaktywne, czynniki psychiczne i emocjonalne, środowiskowe, zabiegi diagnostyczne, ciężka praca fizyczna oraz czynnik męski [13-26].

Celem pracy było przedstawienie ocenę skali poronień samoistnych oraz działań zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia z Biurem Światowej Organizacji Zdrowia z zakresu m.in. opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, stanowiący istotny problem związany z opieką okołoporodową.

Zarówno etiologia jak i patogeneza wczesnych strat ciąży zostały zaledwie fragmentarycznie poznane, wiele aspektów tego problemu ciągle oczekuje na szersze badanie znaczenia tego problemu także w standardach epidemiologicznych. W Polsce od roku 2000 do 2014 roku zaobserwowano tendencję wzrostową występowania poronień samoistnych. Średnia roczna ilość utraconych ciąż w Polsce wynosi 49276, co stanowi około 13,0% wszystkich zakończonych ciąż [27,28].

Ministerstwo Zdrowia opracowało i podało do informacji publicznej Projekt – Standard opieki okołoporodowej[4] uwzględniającym.in.: opiekę nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, która jest bardzo ważnym problemem związanym z opieką okołoporodową.

Standardy (procedury postępowania i działania profilaktyczne) mają za zadanie obniżenie wskaźników umieralności okołoporodowej matek i ich potomstwa. Standardy opieki perinatalnej w powikłaniach ciąży będą służyły obniżeniu liczby powikłań mających konsekwencje zdrowotne zarówno w okresie ciąży, jak i w późniejszym życiu samej kobiety i jej dziecka. Poprawią także jakość sprawowanej opieki nad nimi obojgiem.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. pacjentce należy podać pełną i wyczerpującą informację na temat stanu jej zdrowia, a w przypadku stwierdzenia powikłań w okresie ciąży należy skierować do opieki lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Sprawowanie opieki specjalistycznej nad pacjentką w ciąży przebiegającej нефizjologicznie, wymagającej leczenia schorzenia, nie zwalnia lekarza

sprawującego nad nią opieki, od realizacji świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych, a także konsultacji medycznych [4].

Powyższy Projekt „Standardu opieki okołoporodowej” zamieszczony jest w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. Rozporządzenie reguluje istotny problem opieki nad pacjentką w sytuacji niepowodzeń położniczych, czyli w sytuacji kiedy pacjentka w wyniku ciąży nie zabiera ze sobą do domu zdrowego dziecka z powodu wystąpienia: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami. Jako niepowodzenie położnicze traktuje się także sytuację, w której kobieta spodziewa się urodzenia chorego dziecka lub dziecka z wadami wrodzonymi. W związku z tym pacjentce w sytuacji niepowodzenia położniczego zapewnia się szczególną pomoc, chodzi m.in. o: zapewnienie pacjentce czasu w celu oswojenia się z informacją przed wyjaśnianiem przyczyn wystąpienia owego niepowodzenia; udzielenie pacjentce pomocy psychologicznej i wsparcie osób najbliższych, zgodnie z jej życzeniem; nie przebywaniu pacjentki po niepowodzeniu położniczym na sali razem z pacjentkami ciężarnymi lub po urodzeniu zdrowego dziecka; a także poszanowanie pacjentki oraz umożliwienie podejmowania świadomych decyzji, związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym [4]. Rozporządzenie weszło w życie 1 czerwca 2016 r.

Ministerstwo Zdrowia 17 listopada 2015 r. Wydało dokument „Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w porożu – adaptacja do polskiego kontekstu”, który opracowano w ramach dwuletniej umowy o współpracy pomiędzy Ministerstwem Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej a Biurem Regionalnym Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy we współpracy z międzynarodowymi ekspertami na lata 2014-2015 [29,30]. Głównym jego celem jest pomoc w ocenie sprawowanej opieki ambulatoryjnej nad pacjentką w ciąży przebiegającej prawidłowo fizjologicznie, powikłanej, w okresie poporodowym oraz sposób sprawowania ambulatoryjnej opieki nad noworodkiem, a także ocena warunków techniczno-organizacyjnych placówki uczestniczącej w tej ocenie. Narzędzie to może być również wykorzystywane przez zewnętrzne zespoły oceniające jak i służyć do samooceny jednostki. Na podstawie kwestionariusza możliwa jest ocena jakości opieki nad kobietą w ciąży, po porodzie i nad noworodkiem w danym szpitalu lub jednostce świadczących usługi ginekologiczno-położnicze szczególnie dotycząca: rutynowej opieki przed i poporodowej, a także opieki w przypadku powikłań w trakcie ciąży i po porodzie.

Uniwersalność powyższego narzędzia, zgodnie z ustaleniami Ministerstwa Zdrowia oraz WHO, ułatwi ocenę usług zdrowotnych świadczonych kobietom w okresie okołoporodowym, w tym przyczyni się do wykrywania i eliminowania nieprawidłowości w tym obszarze, w dalszej perspektywie przyczyni się do systematycznego podnoszenia jakości tych usług lub utrzymania ich na wysokim poziomie [29,30].

Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej zakłada, iż system ochrony zdrowia powinien reagować na wyzwania wynikające ze zmian społecznych na świecie [29]. W związku ze zmianą formy opieki nad kobietą ciężarną, a także z rosnącymi oczekiwaniami co do poprawy tych wyników, wymaga się podjęcia radykalnego przekierowania i przeformułowania modelu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, który wpisuje się w program odnowy podstawowej opieki zdrowotnej. Wysoka jakość opieki, w tym okołoporodowej, nie jest możliwa bez odpowiedniej organizacji świadczeń, z wielodyscyplinarnymi zespołami odpowiedzialnymi za określoną populację, współpracującymi z opieką społeczną i innymi interesariuszami. Ponadto wymaga to skoordynowania działań między szpitalami, specjalistami i organizacjami społecznymi. Analiza obecnych trendów w dziedzinie zdrowia kobiet ciężarnych i noworodków służyć ma podniesieniu jakości opieki nad nimi, które to ma ogromne znaczenie dla dalszej poprawy stanu zdrowia matki i dziecka. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia 31 października 2014 r. udostępniło materiały zawierające zagadnienia związane z porodem oraz opieką zdrowotną w trakcie trwania ciąży: „Informator i ulotka dla kobiet w okresie ciąży, porodu i porożu” oraz „Informator Cięża i poród” [4,31,32].

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie przedstawił „Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego” dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia [33]. Ich celem jest upowszechnienie dobrych praktyk postępowania w ww. oddziałach na terenie województwa mazowieckiego. Dotyczą zapewnienia szacunku i godnego postępowania wobec matki, jak i dziecka, w przypadku wystąpienia m.in.: poronienia, urodzenia martwego dziecka czy innych schorzeń dziecka. Odbiorcą jest personel medyczny oraz pacjentki. Rekomendacje zostały opracowane przez zespół: konsultant wojewódzki w dziedzinie perinatologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego, psycholog, ksiądz oraz przedstawiciele Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego [33].

Wnioski

Troska o prawidłowe funkcjonowanie opieki okołoporodowej obecnie zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia powinna być analizowana nie tylko w aspekcie zdrowia jednostki, ale także w odniesieniu do całej populacji. Wprowadzone i wdrożone strategie, tj. „Standard opieki okołoporodowej” oraz Rekomendacje Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, mają na celu zwiększyć skuteczność opieki okołoporodowej oraz powinny także przyczynić się do zwiększenia współczynnika dzietności w Polsce.

** praca została opracowana w ramach realizowanej Specjalizacji ze Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.*

Bibliografia

1. Rezolucja WHO uchwalona 22 maja 2004 roku w Genewie na 57 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. 2004, Nr 219, poz. 2230, z dnia 17 września 2004 r.).
3. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. Acta. Obstet. Gynecol. Scand., 1977; 56, 3: 247-253.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. 2015 poz. 2007, z dnia 9 listopada 2015 r.).
5. Kaźmierczak W., Fiegler P., Węgrzyn P., Radzioch J., Kamiński K.: Przyczyny, etiologia oraz współczesne metody diagnostyki i leczenia poronień. Gin. Prakt., 2004; 12, 4, 26-29.

6. Jakiel G., Robak-Chołubek D., Tkaczuk-Włach J.: Poronienia samoistne. *Prz. Menopauz.*, 2006; 5, 3, 191-194.
7. Speroff L., Fritz M.A.: Nawracające straty wczesnej ciąży. *Kliniczna endokrynologia ginekologiczna i niepłodność*. A. Jakimiuk, K. Czajkowski (red. nauk.). Wyd. Medi Page, Warszawa 2007.
8. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży. (Dz. U. 1.03.1993, Nr 17, poz. 78).
9. Weeks A., Gemzell D.K.: Spontaneous miscarriage in the first trimester. *BMJ*, 2006; 332, 1233-1234.
10. Skrzypczak J., Kwinecka-Dmitriew B., Zakrzewska M., Latos-Bieleńska A.: Czy i jak często aberracje chromosomowe zarodków powtarzają się w kolejnej ciąży? *Gin. Pol.*, 2010; 81, 09, 681-686.
11. Kalumbi Ch., Farquharson R., Quenby S.: Miscarriage. *Cur. Obstet. Gynaecol.*, 2005; 15, 3, 206-210.
12. Hamela-Olkowska A., Więch K., Jalinik K., Zaryjewski D., Kornatowski L., Dangel J.: Ocena rytmu serca zarodka i płodu między 6⁺⁰ to 11⁺⁶ tygodniem ciąży. *Ginekol. Pol.*, 2009; 80, 188-192.
13. Pandey M.K., Rani R., Agrawal S.: An update in recurrent spontaneous abortion. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2005; 272, 2, 95-108.
14. Ott J., Kurz C., Nouri K., Wirth S., Vytiska-Binstorfer E., Huber J.C., Mayerhofer K.: Pregnancy outcome in women with polycystic ovary syndrome comparing the effects of laparoscopic ovarian drilling and clomiphene it rate stimulation in women pre-treated with metformin: a retrospective study. *Reprod. Biol. Endocrinol.*, 2010, 8, 45.
15. Szerafin L., Jakó J.: Anemia in pregnancy: characteristics in Szabolcs-Szatmár-Bereg County, Hungary. *Orv. Hetil.*, 2010; 151, 33, 1347-1352.
16. Wu S., Stephenson M.: Obstetrical antiphospholipid syndrome. *Semin. Reprod. Med.*, 2006; 24, 1, 40-53.
17. Guerra B., Ghi T., Quarta S., Morselli-Labate A.M., Lazzarotto T., Pilu G., Rizzo N.: Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2006; 128, 1-2, 40-45.
18. Lathi R.B.: Etiology of recurrent pregnancy loss in women over the age of 35. *PCRS*, 2007; 87, 2.

19. Hammoud A.O., Merhi Z.O., Diamond M., Baumann P.: Recurrent pregnancy loss and obstetrics outcome. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 2007; 96, 28-53.
20. Salker M., Teklenburg G., Molokhia M., Lavery S., Trew G., Aojanepong T., Mardon H.J., Lokugamage A.U., Rai R., Landles C., Roelen B.A., Quenby S., Kuijk E.W., Kavelaars A., Heijnen C.J., Regan L., Macklon N.S, Brosens J.J.: Natural selection of human embryos: impaired decidualization of endometrium disables embryo-maternal interactions and causes recurrent pregnancy loss. *PLoS. One*, 2010; 5, 4, e10287.
21. Ferreira R.C., Halpern G., Figueira Rde C., Braga D.P., Iaconelli A. Jr., Borges E. Jr.: Physical activity, obesity and eating habits can influence assisted reproduction outcomes. *Womens Health (Lond. Engl.)*, 2010; 6, 4, 517-524.
22. Lesińska-Sawicka M.: Planowanie ciąży a stosowanie używek w czasie ciąży przez kobiety z wybranych krajów europejskie. *Probl Hig Epidemiol.*, 2011; 92, 1, 127-131.
23. Lok I.H., Yip A.S., Lee D.T., Sahota D., Chung T.K.: A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil. Steril.*, 2010; 93, 6, 1966-1975.
24. Tabor A., Alfirevic Z.: Update on procedure – related risks for prenatal diagnosis techniques. *Fetal. Diagn. Ther.*, 2010; 27, 1, 1-7.
25. Nakhai-Pour H.R., Broy P., Bérard A.: Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ*, 2010; 182, 10, 1031-1037.
26. Chohan K.R., Badawy S.Z.: Cigarette smoking impairs sperm bioenergetics. *Int. Braz. J. Urol.*, 2010; 36, 1, 60-65.
27. Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej 2003-2014. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny.
28. Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania w roku 2012 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży oraz o skutkach jej stosowania. Warszawa 2014.
29. Packages of interventions. Family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. WHO 2010
30. Narzędzie do oceny jakości opieki ambulatoryjnej nad matką i noworodkiem w trakcie ciąży i w porożu – adaptacja do polskiego kontekstu. Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy. WHO 2013, Warszawa 2015.
31. Prawa Kobiety w okresie ciąży, porożu i porożu. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.

32. Informator Cięża i poród. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.
33. Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie. Niekorzystne zakończenie ciąży - Rekomendacje postępowania z pacjentkami dla personelu medycznego oddziałów położniczo-ginekologicznych województwa mazowieckiego. Warszawa 2015.

ISBN Komplet - 978-83-944852-1-4
Tom II - Tom II - 978-83-945984-6-4