

**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH**

Tom I

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

**JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH
MEDYCZNYCH I SPOŁECZNYCH**
Tom I

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Beaty Kowalewskiej
Dr n. med. Barbary Jankowiak
Dr n. med. Hanny Rolka
Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2017

Recenzenci monografii

Prof. dr hab. n. med. Irena Wrońska

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dr n.med. Anna Ślifirczyk

Wydział Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Wydawca

Uniwersytet Medyczny
ul. Kilińskiego 1
Białystok

Wydanie I

Białystok 2017

Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet

978-83-946571-7-8

ISBN Tom I

978-83-948644-4-6

Opracowanie graficzne

Agnieszka Kułak-Bejda

zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

Druk

„Duchno” Teresa Duchnowska,
15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

Prawdziwe szczęście jest rzeczą wysiłku, odwagi i pracy

Honoré de Balzac

SŁOWO WSTĘPNE

Jakość życia człowieka to niezmiernie istotny problem, który w ostatnim czasie jest w kręgu zainteresowań nie tylko medycyny, w tym pielęgniarstwa, socjologii, psychologii, filozofii, ale także matematyki, statystyki i ekonomii. Na powyższe z pewnością wpłynął wzrost zainteresowania kosztami opieki zdrowotnej oraz konieczność oceny skuteczności i efektywności leczenia.

Pojęcie jakości życia towarzyszy człowiekowi od czasu powstania cywilizacji. W różnych koncepcjach filozoficznych była ona najczęściej utożsamiana z dobrostanem określanym, jako różnica między sumą wszystkich przyjemności, a sumą wszystkich cierpień, jakich człowiek doświadcza w ciągu życia. Już Hipokrates i Arystoteles próbowali dociec, co jest fundamentem, szczęśliwego, satysfakcjonującego życia. Hipokrates życie szczęśliwe utożsamiał ze stanem wewnętrznej równowagi, a Arystoteles z dążeniem do eudajmonii, czyli możliwie najwyższego osiągalnego dobra, które miało być gwarancją szczęścia. Sherman uważa, że *„jakość życia człowieka jest wprost proporcjonalna do jego dążenia ku doskonałości, niezależnie od dziedziny w jakiej funkcjonuje”*

Generalnie można stwierdzić, że jakość życia ma wiele znaczeń i można traktować ją w sposób obiektywny (warunki ekonomiczne, czas wolny, bezpieczeństwo społeczne, warunki mieszkaniowe, środowisko naturalne człowieka, zdrowie, środowisko społeczne i wiele innych), bądź subiektywny (indywidualne postrzeganie pewnych rzeczy np. szczęścia, lęków, nadziei, samotności, samopoczucie, zadowolenia). Kane zauważył, że *„(...) dla niektórych jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty jakości życia”*.

Jedną z częściej analizowanych koncepcji jakości życia, tzw. normatywna koncepcja jakości życia, wskazuje na szereg ważnych kryteriów mających istotny wpływ na ocenę poziomu jakości życia, do których zalicza: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, aktywność, twórczość, współuczestnictwo w życiu społecznym. Nie bez znaczenia na poziom jakości życia człowieka ma także wpływ jego stan zdrowia i samopoczucie. Choroba bowiem może wpływać na poczucie jakości życia na wielu poziomach równocześnie.

Po raz pierwszy pojęcie jakości życia związanej ze zdrowiem wprowadził Schipper uznając, iż stan zdrowia może w istotny sposób wpływać na życie i funkcjonowanie człowieka. Zgodnie z definicją WHO zdrowie zaczęto traktować nie tylko jako brak choroby, czy ułomności, ale dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, uwzględniając również sferę duchową funkcjonowania człowieka. To właśnie nowe ujęcie problemów zdrowotnych, w tym uznanie roli subiektywnej oceny stanu zdrowia było punktem wyjścia dla szerszego zainteresowania problematyką jakości życia. Obecnie ocena jakości życia jest istotnym i stosowanym równoległe z oceną kliniczną oraz funkcjonalną, wyznacznikiem skuteczności postępowania terapeutyczno-pielęgnacyjnego.

Monografia jest zbiorem prac przedstawicieli różnych dziedzin nauki, a intencją jej opracowania było zachęcenie ich do dialogu o różnych aspektach wpływających na kształtowanie jakości życia człowieka zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie.

Rozdział I - zawiera teoretyczne podstawy jakości i jakości życia w ujęciu historycznym oraz metodologicznych zasad oceny jakości życia.

Rozdział II - podejmuje próbę ukazania badań naukowych z zakresu jakości życia na niwie nauk medycznych.

Rozdział III - poświęcony jest również jakości życia jednak w odniesieniu do nauk społecznych.

Jako autorzy monografii mamy nadzieję, że w myśl słów Williama Jamesa „*życie jest wtedy warte aby je przeżyć, gdy je takim uczynimy*” lub Marcusa Aureliusza „*Twoje życie będzie takie, jakim uczynią je Twoje myśli*” będzie to kolejna „cegiełka”, która przyczyni się do podniesienia jakości życia naszych pacjentów.

Chcielibyśmy gorąco podziękować wszystkim Autorom, którzy podjęli się opracowania poszczególnych rozdziałów. To ich wiedza i ogromna życzliwość przyczyniła się do nadania ostatecznego kształtu tej monografii.

Zespół redakcyjny

Dr n. med. Beata Kowalewska

Dr n. med. Barbara Jankowiak

Dr n. med. Hanna Rolka

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

WYKAZ AUTORÓW

Bachórzewska – Gajewska Hanna

prof. dr hab. n.med.

Zakład Medycyny Klinicznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Bielecka Joanna

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Dietetyka

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Bondaryk Urszula

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Borys Jan

dr n. med.

Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Plastycznej

Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Chilińska-Kopko Ewelina

mgr

Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Chimkowska Dominika

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Dietetyka

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Chludzińska Sylwia

mgr piel.

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Chorąży Monika

dr n. med.

Klinika Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Chrzanowska Urszula

dr n. o zdr.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Cisoń- Apanasewicz Urszula

mgr piel.

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Cybulski Mateusz

dr n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ćwiek Magda

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dmitruk Kamila

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Logopedia z Fonoaudiologią

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dolińska Cecylia

dr n. o zdr.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Doroszkiewicz Halina

dr n. med.

Klinika Geriatrii

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Duda Katarzyna

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Fizjoterapia

Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dziekońska Mirosława

mgr piel.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Dzięcioł-Anikiej Zofia

dr n. o zdr.

Klinika Rehabilitacji

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Felsmann Mirosława

dr n. med.

Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Filanowicz Małgorzata

dr n. med.

*Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu*

Futyma Klaudia

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Dietetyka

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Grodzka Ewelina

studentka Studiów I stopnia kierunku Elektroradiologia

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Humańska Marzena Agnieszka

dr n. med.

Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej,

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jakubów Piotr

dr n. med.

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Jankowiak Barbara

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kaczmarczyk Kaja

mgr piel.

Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Keller Artur

student

*Interdyscyplinarne Koło Naukowe „Biochemii Stomatologicznej” przy Zakładzie
Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem
Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Kirpsza Bożena

dr n. med.

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kopko Szymon

mgr

Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kowalczuk Krystyna

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kowalewska Beata

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Koziara Katarzyna

studentka

Interdyscyplinarne Koło Naukowe „Biochemii Stomatologicznej” przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Krajewska-Kulak Elżbieta

prof. dr hab. n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Krasuska Kinga

studentka

Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej” przy Zakładzie Chemii Leków

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kubicka Agnieszka

lic.

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kucharska Magdalena

mgr piel.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kuć Joanna

dr n. med.

Zakład Protetyki Stomatologicznej

Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Lewko Jolanta

dr hab. n. o zdr.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ładny Robert Jerzy

prof. dr hab. n. med.

*I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku*

Łagoda Katarzyna

dr n. med.

*Zakład Medycyny Klinicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Łobaczuk-Sitnik Anna

dr n. med.

*Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Maciejczyk Mateusz

mgr farm.

*Zakład Fizjologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w
Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Marcysiak Małgorzata

dr n. hum.

*Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie*

Matysiak Magdalena

mgr

*Absolwentka studiów II stopnia kierunku Fizjoterapia
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

Matysiak Marta

studentka

*Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Misiak Bianka

dr n. o zdr.

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Modzelewska Patrycja

mgr piel.

*Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Mystkowska Ewelina

lic.

*Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Logopedia z Fonoaudiologią
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Nazaruk Alina

mgr piel.

Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Olejnik Beata

dr n. med.

Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Osińska Milena

studentka

Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej” przy Zakładzie Chemii Leków

Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ostrowska Bożena

dr n. hum.

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Potapa Krystyna

mgr piel.

Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Puza Katarzyna

mgr piel.

Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Chemioterapii

Białostockie Centrum Onkologii

Rolka Hanna

dr n. med.

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rysiak Edyta

dr n. farm.

*Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Sierżantowicz Regina

dr n. med.

Opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Siwek Paulina

studentka

*Interdyscyplinarne Koło Naukowe „Biochemii Stomatologicznej” przy Zakładzie
Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

Snarska Katarzyna Krystyna

dr n. med.

Zakład Medycyny Klinicznej

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Szarejko Krzysztof

mgr

NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej, ul. Warszawska 79, Białystok

Szynkiewicz Ewa

dr n. o zdr.

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Tyrakowska – Dadello Zuzanna Judyta

mgr

Zakład Radiologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Studia doktoranckie, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Ulenberg Agata

mgr piel.

Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wiśniewska Ewa

dr n. med.

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Wiśniewska Urszula

lic.

Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zagroba Małgorzata

mgr piel.

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Zalewska Anna

mgr

Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zalewska Anna

dr hab. n. med.

Zakład Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zieniewska Izabela

studentka

Interdyscyplinarne Koło Naukowe „Biochemii Stomatologicznej” przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zięba Maria

dr n. med.

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Żółkowska Anna

lic.

*Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*

WYKAZ SKRÓTÓW

ABC	<i>AutismBehaviorChecklist</i>	<i>Lista Zachowań Autystycznych</i>
ABR	<i>auditory brainstem response</i>	<i>słuchowe potencjały wywołane z pnia mózgu</i>
ACPA	<i>anti-citrullinated protein autoantibodies</i>	<i>przeciwciała antycytrulinowe</i>
ACR	<i>American College of Rheumatology</i>	<i>Amerykańskiego Kolegium Reumatologicznego</i>
ACZ		<i>angażowanie się w czynności zastępcze</i>
ADI	<i>Autism Diagnostic Interview</i>	<i>wywiad do diagnozowania autyzmu</i>
AIS	<i>Acceptance of Illness Scale</i>	
APTT	<i>Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji; czas kaolinowo-kefalinowy</i>	<i>Activated Partial Thromboplastin Time</i>
AQLQ	<i>Astma Quality of Life`Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz do oceny jakości życia chorych na astmę oskrzelową</i>
ASAS	<i>Australian Scale for Asperger's Syndrome</i>	<i>Australijska Skala Zespołu Aspergera</i>
ASD	<i>autism spectrum disorders</i>	<i>spektrum autyzmu</i>
ASDS	<i>Asperger Syndrome Diagnostic Scale</i>	<i>Skala Diagnostyczna Zespołu Aspergera</i>
ASSQ	<i>Autism Spectrum Screening Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz Przesiewowy Spektrum Zaburzeń Autystycznych</i>
BIAP		<i>Międzynarodowe Biuro Audiofonologii</i>
BMI	<i>Body Mass Index</i>	<i>wskaźnik masy ciała</i>
CARS	<i>ChildhoodAutism Rating Scale</i>	<i>Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego</i>
CAST	<i>Childhood Asperger Syndrome Test</i>	<i>Test Zespołu Aspergera w Dzieciństwie</i>

CHAT	<i>Checklist for Autism in Toddlers</i>	<i>Kwestionariusz do oceny ryzyka rozwoju autyzmu</i>
CHQ	<i>Chronic Heart Failure Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz Przewlekłej Niewydolności Serca</i>
CISS	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i>	<i>Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych</i>
CRP	<i>C Reactive Protein</i>	<i>białko C-reaktywne</i>
CSBS	<i>Communication and Symbolic Behavior Scales</i>	<i>Skala komunikacji i zachowań symbolicznych</i>
DMARD	<i>disease-modifying antirheumatic drugs</i>	<i>leki modyfikujące przebieg procesu zapalnego RZS</i>
DMT		<i>dolny masyw twarzy</i>
DNA	<i>deoxyribonucleic acid</i>	<i>kwasy dezoksyrybonukleinowe</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	<i>Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego</i>
ECAP		<i>Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce</i>
EEG		<i>Elektroencefalografia</i>
EKG		<i>Elektrokardiografia</i>
EOAEs	<i>evoked otoacoustic emissions</i>	<i>otoemisje akustyczne wywołane</i>
EORTC QLQ-C30	<i>European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30</i>	<i>Europejska Organizacja Badań i Leczenia raka Kwestionariusz Jakości Życia - Core 30</i>
ESAS	<i>Edmonton Symptom Assessment System</i>	<i>Skala do Oceny Stopnia Nasilenia Objawów</i>
ESO	<i>European Stroke Organization</i>	<i>Europejska Organizacja Udarowa</i>
EULAR	<i>European League Against Rheumatism</i>	<i>Europejska Liga do Walki z Chorobami Reumatycznymi</i>
EUSI	<i>European Stroke Initiative</i>	<i>Europejska Inicjatywa Udarowa</i>

FODMAP	<i>Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols</i>	<i>dieta o niskiej zawartości węglowodanów łatwo fermentujących oligosacharydów, disacharydów, monosacharydów i polioli</i>
GINA 2006	<i>Global Initiative for Astma 2006</i>	<i>Światowa Inicjatywa Zwalczenia Astmy 2006</i>
GiS		<i>głowa i szyja</i>
GKS		<i>Glikokortykosteroidy</i>
GMT		<i>górną masę twarzy</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>	<i>Skala Depresji i Lęku</i>
HDI	<i>Human Development Index</i>	<i>Indeks Rozwoju Społecznego</i>
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>	<i>lipoproteina wysokiej gęstości</i>
HR	<i>heart rate</i>	<i>częstość skurczów serca</i>
HRQOL	<i>Health Related Quality of Life</i>	<i>jakości życia zależna od stanu zdrowia</i>
IBS	<i>irritable bowel syndrome</i>	<i>zespół jelita nadwrażliwego</i>
ICD – 10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>	<i>Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10</i>
IgM-RF	<i>rheumatoid factor</i>	<i>czynnik reumatoidalny</i>
Index KPS	<i>The Karnofsky Performance</i>	<i>Indeks Wydolności</i>
K		<i>Potas</i>
KCCQ	<i>The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz Kardiomiopatii Kansas</i>
KT	<i>computed tomography</i>	<i>tomografia komputerowa</i>
LEF		<i>Leflunomid</i>
LVD-36	<i>Left Ventricular Dysfunction Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz do Oceny Dysfunkcji Lewej Komory Serca</i>
LVEF	<i>Left ventricular ejection fraction</i>	<i>frakcja wyrzutowa lewej komory serca</i>
LWAQ	<i>Asthma Severity Scale; Living with Asthma</i>	<i>Kwestionariusz do oceny przebiegu leczenia astmy u osób dorosłych</i>

MacNew	<i>The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life</i>	<i>Kwestionariusz MacNew do oceny jakości życia pacjentów chorych kardiologicznie</i>
M-CHAT	<i>The Modified – Checklist for Autism in Toddlers</i>	<i>Zmodyfikowany Kwestionariusz Autyzmu w Okresie Poniemowlęcym</i>
MET	<i>Metabolic Equivalent</i>	<i>równoważnik metaboliczny</i>
Mini MAC	– <i>Mental Adjustment to Cancer Scale</i>	<i>Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej</i>
MLHF	<i>The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz Minnesota do oceny niewydolności serca</i>
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>	<i>Specyficzny Kwestionariusz Oceny Jakości Życia Pacjentów z Chorobami Sercowo-Naczyniowymi</i>
MP		<i>migotanie przedsionków</i>
MR	<i>magnetic resonance</i>	<i>rezonans magnetyczny</i>
MTX		<i>Metotreksat</i>
Na		<i>Sód</i>
NFZ		<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>	<i>Profil Zdrowia</i>
NLPZ		<i>niesteroidowe leki przeciwzapalne</i>
NMR	<i>nuclear magnetic resonance</i>	<i>magnetyczny rezonans jądrowy</i>
NS		<i>niewydolność serca</i>
NSLPZ		<i>niesteroidowe leki przeciwzapalne</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>	<i>Skala zaproponowana przez Nowojorskie Towarzystwo Kardiologiczne do klasyfikacji ciężkości objawów niewydolności serca</i>
OAE	<i>otoacoustic emission</i>	<i>otoemisja akustyczna</i>
OB,	<i>ESR- erythrocyte sedimentation rate</i>	<i>Odczyn Biernackiego</i>
ONZ	<i>United Nations</i>	<i>Organizacja Narodów Zjednoczonych</i>

OUN		<i>Ośrodkowy Układ Nerwowy</i>
PKT		<i>poszukiwanie kontaktów towarzyskich</i>
POLKARD		<i>Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego</i>
PZH		<i>Państwowy Zakład Higieny</i>
QLQ-SHF	<i>Quality of Life in Severe Heart Failure Questionnaire</i>	<i>Kwestionariusz jakości życia z ciężką niewydolnością serca</i>
QOL	<i>Quality of life</i>	<i>jakość życia</i>
RR		<i>ciśnienie tętnicze; skrót wywodzi się od nazwiska wynalazcy aparatu do pomiaru ciśnienia Scipione Riva-Rocciego</i>
RTG		<i>rentgenogram; zdjęcie rentgenowskie</i>
RZS	<i>Rheumatoid arthritis</i>	<i>reumatoidalne zapalenie stawów</i>
SCSIT	<i>Southern California Sensory Integration Tets</i>	<i>Południowokaliifornijskie Testy Integracji Sensorycznej</i>
SF-36	<i>The Short Form 36</i>	<i>kwestionariusz SF-36</i>
SGRQ	<i>St. George,s Respiratory Questionnaire</i>	<i>kwestionariusz analizujący wpływ chorób układu oddechowego na codzienność aktywność chorego</i>
SIBO	<i>small intestinal bacterial overgrowth</i>	<i>bakteryjny przerost jelita cienkiego</i>
SIP	<i>Sickness Impact Profile</i>	<i>Profil Wpływu Choroby</i>
SOR		<i>Szpitalny Oddział Ratunkowy</i>
SSE		<i>Skala Styl skoncentrowany na emocjach</i>
SSU		<i>Skala Styl skoncentrowany na unikaniu</i>
SSZ		<i>Sulfasalazyna</i>
SSZ		<i>Skala Styl skoncentrowany na zadaniu</i>
STAT	<i>Skriningowy Test w Autyzmie dla Małych Dzieci</i>	<i>Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children</i>
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>	<i>Skala Satysfakcji z Życia</i>

TENS	<i>transcutaneous electrical nerve stimulation</i>	<i>przezskórna elektrostymulacja nerwów</i>
TIA	<i>transient ischemic attack</i>	<i>przemijający atak niedokrwienny</i>
TK	<i>computed tomography</i>	<i>tomografia komputerowa</i>
TLC	<i>Thought, Language and Communication</i>	<i>Skala oceny zaburzeń myślenie, język, komunikacja</i>
TNM		<i>Klasyfikacja TNM rozwoju nowotworu</i>
TOAE	<i>transiently-evoked o. e.</i>	<i>otoemisje akustyczne przejściowe</i>
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>	<i>Agenda ONZ do spraw rozwoju</i>
USG		<i>Ultrasonografia</i>
VIT		<i>video-trening</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>	<i>Światowa Organizacja Zdrowia</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>	<i>Sekcja ds. Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia</i>
WHOQoL-100	<i>The World Health Organization Quality of Life Questionnaire</i>	<i>The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument- Kwestionariusz Oceny Jakości Życia Opracowany przez Światową Organizację Zdrowia</i>
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life-BREF</i>	<i>Kwestionariusz służący do oceny psychometrycznej jakości życia</i>
WWS		<i>wada wrodzona serca</i>
ZSJO		<i>złamanie jarzmowo-szczękowo-oczodołowe</i>

SPIS TREŚCI

<i>Rozdział I. Jakość życia – podstawy teoretyczne</i>	str.	29
Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara		
<i>Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym</i>	str.	31
Wiśniewska Ewa, Zagroba Małgorzata, Ostrowska Bożena, Marcysiak Małgorzata		
<i>Jakość życia w zdrowiu i chorobie - charakterystyka pojęcia</i>	str.	43
Zięba Maria, Cisoń- Apanasewicz Urszula		
<i>Jakość życia w naukach społecznych – podstawy teoretyczne</i>	str.	53
Modzelewska Patrycja, Chludzińska Sylwia, Ładny Robert Jerzy, Lewko Jolanta, Sierżantowicz Regina		
<i>Metodyka oceny jakości życia w chorobach nowotworowych</i>	str.	62
Szynkiewicz Ewa		
<i>Jakość życia w astmie oskrzelowej</i>	str.	73
<i>Rozdział II. Jakość życia w naukach medycznych</i>	str.	83
Łagoda Katarzyna, Bachórzewska – Gajewska Hanna		
<i>Jakość życia pacjentów w wybranych chorobach układu sercowo-naczyniowego</i>	str.	85
Chilińska-Kopko Ewelina, Kopko Szymon, Zalewska Anna, Dziecioł-Anikiej Zofia		
<i>Jakość życia u pacjentów kardiologicznych</i>	str.	98
Osińska Milena, Krasuska Kinga, Rysiak Edyta, Jakubów Piotr		
<i>Ból i depresja u pacjentów po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych</i>	str.	108
Bondaryk Urszula, Kowalczuk Krystyna		
<i>Wpływ udaru niedokrwinnego mózgu na funkcjonowanie chorych</i>	str.	125
Ćwiek Magda, Kowalczuk Krystyna		
<i>Zmiany w funkcjonowaniu osób z wylonioną stomią jelitową</i>	str.	138
Wiśniewska Urszula, Kowalczuk Krystyna		
<i>Wpływ RZS na funkcjonowanie osób nim dotkniętych</i>	str.	152
Filanowicz Małgorzata, Kubicka Agnieszka		
<i>Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po całkowitej resekcji żołądka w przebiegu raka żołądka</i>	str.	166

Bielecka Joanna, Futyma Klaudia, Chimkowska Dominika <i>Zespół jelita nadwrażliwego w świetle najnowszych doniesień naukowych- wpływ diety na poprawę jakości życia pacjentów</i>	str. 181
Szynkiewicz Ewa <i>Wybrane determinanty kliniczne jakości życia w astmie</i>	str. 191
Zieniewska Izabela, Keller Artur, Siwek Paulina, Koziara Katarzyna, Borys Jan, Maciejczyk Mateusz, Zalewska Anna <i>Jakość życia pacjentów z nowotworami głowy i szyi</i>	str. 203
Grodzka Ewelina, Tyrakowska – Dadełło Zuzanna Judyta <i>Jakość życia pacjentów po przeżytym zawale mięśnia sercowego</i>	str. 215
Szynkiewicz Ewa <i>Wpływ stopnia kontroli astmy na jakość życia</i>	str. 225
Puza Katarzyna, Chrzanowska Urszula, Lewko Jolanta, Dolińska Cecylia, Misiak Bianka, Dziekońska Mirosława <i>Ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka jelita grubego poddanymi chemioterapii</i>	str. 237
Żółkowska Anna, Snarska Katarzyna Krystyna, Kirpsza Bożena, Olejnik Beata <i>Rola pielęgniarki w procesie pielęgnacyjnym nad pacjentem ze złamaniem jarzmowo-szczękowo-oczodołowym po zabiegu operacyjnym</i>	str. 259
Potapa Krystyna, Snarska Katarzyna Krystyna, Doroszkiewicz Halina, Chorąży Monika <i>Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z migreną</i>	str. 278
Nazaruk Alina, Snarska Katarzyna Krystyna, Chorąży Monika <i>Bolerioza znana i nieznaną</i>	str. 294
<i>Rozdział III. Jakość życia w naukach społecznych</i>	str. 309
Dmitruk Kamila, Cybulski Mateusz, Łobaczuk-Sitnik Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta <i>Jakość życia osób dorosłych z zaburzeniami narządu słuchu</i>	str. 311
Mystkowska Ewelina, Cybulski Mateusz, Łobaczuk-Sitnik Anna, Krajewska-Kułak Elżbieta <i>Jakość życia osób dorosłych z zaburzeniami mowy</i>	str. 327
Zalewska Anna, Tyrakowska – Dadełło Zuzanna Judyta, Szarejko Krzysztof, Kuć Joanna <i>Wpływ autyzmu dziecięcego na jakość życia małego pacjenta – studium przypadku...</i>	str. 351
Grodzka Ewelina, Tyrakowska – Dadełło Zuzanna Judyta <i>Wpływ zespołu Aspergera na jakość życia osób dorosłych z uwzględnieniem roli partnera, rodzica i pracownika</i>	str. 362

Chimkowska Dominika, Futyma Klaudia, Bielecka Joanna <i>Wpływ regularnego wysiłku fizycznego na jakość życia człowieka</i>	str.	371
Matysiak Magdalena, Matysiak Marta <i>Sposoby na poprawę jakości życia u pacjentów dotkniętych spektrum autyzmu</i>	str.	380
Kucharska Magdalena, Jankowiak Barbara <i>Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych</i>	str.	390
Duda Katarzyna, Kowalewska Beata <i>Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seniorów</i>	str.	434
Grodzka Ewelina, Tyrakowska – Dadełło Zuzanna Judyta <i>Wpływ zespołu Aspergera na jakość życia dzieci z uwzględnieniem relacji rodzinnych, rówieśniczych i szkolnych</i>	str.	461
Humańska Marzena Agnieszka, Kaczmarczyk Kaja, Ulenberg Agata, Felsmann Mirosława <i>Sposoby radzenia sobie ze stresem w cukrzycy typu 2 u osób starszych</i>	str.	470

ROZDZIAŁ I

JAKOŚĆ ŻYCIA – PODSTAWY TEORETYCZNE

Rolka Hanna, Kowalewska Beata, Jankowiak Barbara

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym

Wprowadzenie

Tematyka jakości życia stała się w ostatnim okresie przedmiotem żywego zainteresowania i pogłębionych analiz przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Jednak pomimo prowadzenia licznych badań naukowych nie wypracowano jednoznacznej definicji jakości życia. Naukowcy zajmujący się od lat zagadnieniem jakości życia wskazują na wiele koncepcji i ujęć oraz wskazują na współistnienie wielu sfer w życiu człowieka, które mogą kształtować jakość jego życia.

Rozwinięcie

Początek zainteresowania pojęciem jakości życia datować można na czasy starożytne. Już od czasów Hipokratesa czy Arystotelesa, badacze na gruncie filozofii oraz medycyny próbowali dociec, co jest fundamentem, szczęśliwego, satysfakcjonującego życia człowieka.

Zatem rozważania nad istotą jakości życia mają długą historię. Analiza źródeł historycznych wskazuje, że samo pojęcie jakości po raz pierwszy zostało użyte przez greckiego filozofa Platona (427-347 p.n.e.), który używał słowa „*poiotes*” tłumaczonego jako pewien stopień doskonałości [1]. Platon zdefiniował pojęcie jakości jako „*sąd wartościujący wyrażany przez osobę oraz pewien stopień doskonałości*” [1]. Wskazywał również wyraźnie, że do pełnego opisu rzeczywistości niezbędne jest istnienie tzw. kryteriów wymiernych i niewymiernych. W swoich rozważaniach nad tym zagadnieniem wskazywał na aspekt subiektywnego podejścia do problemu jakości, uznawał bowiem, że jakość może być rozumiana wyłącznie przez doświadczenie [1]. Wskazywał również, że człowiek podczas swojego życia tak naprawdę przez cały czas podejmuje decyzje, dokonuje wyboru i decyduje to co jest dla niego najlepsze. Stąd wydaje nawet nieświadomie osąd wartościujący być może nie zawsze trafny ze względu na analizę czynników obiektywnych i subiektywnych danej sytuacji, w której się znalazł [1]. Zatem jakość zawsze wiązała się z procesem podejmowania decyzji, czemu towarzyszy rachunek kosztów i korzyści.

Uczeń Platona Arystoteles (384-322 r. p.n.e.) w swoim dziele „*Categorie*” charakteryzuje nieco inne podejście do aspektu jakości. Uczony opisuje tzw. obiektywne podejście do jakości. Termin jakość (*poiotes*) umieszcza wśród dziesięciu kategorii filozoficznych, służących do opisu rzeczy i zjawisk, obok ilości, relacji, substancji, miejsca, czasu, położenia, dyspozycji, czynności oraz procesu [2]. Ten filozof uznawał, iż jakość należy do zbioru dziesięciu kategorii filozoficznych, które opisują rzeczy i zjawiska [1]. Twierdził również, że na podstawie odpowiedniego zestawu cech można odróżnić jedno dobro od innego dobra, zgodnie z przyjętą przez niego maksymą „*rzecz jest rzeczą, którą jest*” [2]. Arystoteles zwracał uwagę na fakt dążenia człowieka do uzyskiwania przyjemności, satysfakcji z dokonywanych wyborów i dobrego samopoczucia w ciągu całego życia [1, 2]. Dla Arystotelesa najważniejszym celem miało być dążenie do eudajmonii, czyli możliwie najwyższego osiąganego dobra, co miało być gwarancją szczęścia [1, 2].

Kolejny myśliciel Cyceron (106-43 p.n.e.) stworzył dla greckiego *poiotes*, łacińskie uzupełnienie „*qualitas*” definiowane „*jako właściwość, rodzaj, gatunek, wartość danego przedmiotu (zjawiska)*” [2]. W ściślejszym znaczeniu była to „*cecha lub zespół cech odróżniających dany przedmiot od innych bądź też całokształt cech danego przedmiotu istotnych ze względu na jego strukturę wewnętrzną oraz ze względu na jego stosunki, oddziaływanie i związki z otoczeniem*” [1, 2].

Epikur (341-270 p.n.e.) uznawał subiektywne poczucie szczęścia, które określane było mianem hedonizmu (*hedore-przyjemność*). Życie w szczęśliwe to takie, w którym nie ma cierpienia i nie doznaje się przyjemności w nadmiarze. Życie samo w sobie stanowi przyjemność, a tym samym jest najwyższą wartością. Epikureizm zakładał, iż przyjemność jest celem ostatecznym i jest najlepszym kryterium oceny dokonywanych wyborów. Filozofia Epikura to filozofia szczęścia i radości z życia [1,2].

Hipokrates (460-377 p.n.e.) wielki filozof, ojciec medycyny uważał, że życie szczęśliwe wyraża się przez stan wewnętrznej równowagi [1]. Według uczonego szczęście jest umiejętnością osiągnięcia równowagi wewnętrznej w konfrontacji pomiędzy tym co otacza człowieka a indywidualnym sposobem życia i dotyczyła aspektów religijnych, filozoficznych, moralnych. Życie bowiem rozpatrywano w kategorii „*życie dobre lub złe; smutne, pełne cierpienia lub radosne; szczęśliwe lub nieszczęśliwe*” [1]. Analizując więc można stwierdzić, że wprowadzano już wówczas aspekt wartościowania.

Myśliciele filozofii chrześcijańskiej w wiekach średnich uznawali, że najważniejszym celem egzystencji człowieka jest życie napełnione poświęceniem i ascezą, a nagrodą jest życie wieczne po śmierci [1, 2]. Święty Augustyn nauczał, iż celem człowieka ma być

szczęście, a szczęście jest możliwe jedynie dzięki Bogu. Nieco łagodniej traktował kwestię szczęścia Święty Tomasz z Akwinu. Uważał, że każdemu człowiekowi dane jest określone uczestnictwo w doznawaniu szczęścia w życiu doczesnym, jednakże prawdziwego i doskonałego szczęścia nie można zaznać podczas ziemskiej egzystencji. To Bóg stanowi cel ostateczny, a człowiek jest w stanie go osiągnąć poprzez poznanie [1, 2].

Natomiast chiński uczyony Lao Tsu wskazywał, że jakość jest to pojęcie względne i uznawał, że jakość jest tym co można ustawicznie doskonalić. Lao Tsu w dziele „*Teo Te Cing*” sformułował tezy dotyczące kategorii jakości rozumianej poprzez doświadczenie. Podobnie jak Platon uważał że, w rozwoju ludzkości ważne jest doświadczenie związane z dobrami materialnymi i niematerialnymi. Lao Tsu twierdził, że doświadczenie jest jedynie punktem wyjścia do dalszych działań uznając, że to właśnie z doświadczenia wynika co można poprawić i udoskonalić [1, 2].

W filozofia buddyjska określała szczęście jako stan, który jest osiągany dzięki tzw. nirwanie. Nirwana sanskrycie w języku palijskim „*nibbana*”, dosłownie oznacza „*zgaśnięcie*” „*zdmuchnięcie*” [3]. Pojęcie to liczy ponad 2500 lat i przez wieki różni uczeni i filozofowie starali się wytłumaczyć jego koncepcję. Powszechnie przyjęto kojarzyć je z lekkością i obezwładniającym poczuciem szczęścia, pogrążeniem w nicości, spokojem i błogością [3]. W rzeczywistości pojęcie nirwany jest znacznie szersze, bo dotyczy uwolnienia się od cierpienia. Nirwana zgodnie z założeniami religii nadaje sens życia, jest celem, do którego należy bezsprzecznie dążyć [3].

Zdecydowanie szerzej na zagadnienie jakości spojrzeli filozofowie XVII wieku René Descartes (Kartezjusz) i John Locke, którzy stworzyli tzw. dualistyczną koncepcję ujęcia jakości [1]. Koncepcja dualistyczna wskazywała na istnienie jakości pierwotnych tkwiących obiektywnie w przedmiocie oraz jakości wtórnych płynących ze zmysłów [1].

Po II Wojnie Światowej termin jakość życia pojawiał się po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych i był kojarzony początkowo z dobrostanem materialnym, a następnie z środowiskowymi cechami jakości życia jednostki [4].

Współcześnie zainteresowanie jakością życia przypada na lata pięćdziesiąte ubiegłego stulecia i interesuje przedstawicieli różnych dziedzin: ekonomistów, socjologów, analityków społecznych, psychologów, filozofów, lekarzy.

Pojęcie jakość nie ma dotychczas ogólnie jednej przyjętej definicji, a problemami jakości zajmują się badacze różnych dziedzin postrzegając ją nieco odmiennie. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji jakości życia, co w konsekwencji stwarza możliwość wieloaspektowego ujęcia problemu. Ogólne definicje jakości stały się podwaliną do

formułowania definicji jakości życia. Dlatego niezmiernie istotne jest zadanie pytania: Czym jest jakość życia? Co tą jakość kształtuje?

W koncepcjach filozoficznych jakość życia była utożsamiana z dobrostanem określanym jako różnica między sumą wszystkich przyjemności, a sumą wszystkich cierpień, jakich człowiek doświadcza w ciągu życia.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (*WHO, World Health Organization*) jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [4, 5].

Definicja powyższa odnosi się do subiektywnej oceny jakości życia w kontekście kulturowym, społecznym i środowiskowym [4, 5]. Analiza definicji pozwala stwierdzić, że Światowa Organizacja Zdrowia jakość życia człowieka określa w sześciu wymiarach, do których zalicza: „samopoczucie fizyczne, samopoczucie psychiczne, poziom niezależności, relacje społeczne, środowisko zewnętrzne, duchowość i wpływ tych osobistych przekonań na środowisko, w którym jednostka żyje” [6].

W roku 1997 „Saxena i Orley wyodrębnili czynniki, które składają się na jakość życia jednostki, a są to: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba” [cyt. 6].

Zatem jakość życia to osąd w jakim życie dostarcza danemu człowiekowi zadowolenia w określonym przedziale czasu. To co bardzo istotne to fakt niezaprzeczalny, że każdy człowiek jest władny do oceny jakości tylko swego życia [5]. Dokonuje tego według przyjętych przez siebie kryteriów, posługując się wybranymi miernikami i sposobami pomiaru. Wynika to z faktu, że każdy człowiek jakość życia pojmuje inaczej i postrzega w inny sposób wartości, które jego zdaniem wpływają na poziom jej jakości [7].

Kwestie jakości życia i jej poczucia w coraz szerszym zakresie w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych zajmują uwagę teoretyków i badaczy różnych dyscyplin naukowych.

Jedną z pierwszych definicji charakteryzującą pojęcie jakości życia była definicja sformułowana w 1972 roku przez Dalkey i Rourke i wskazywała, iż na „*jakość życia składają się satysfakcja z życia i poczucie szczęścia*” [8].



Rycina 1. Komponenty kształtujące jakość życia człowieka

opracowanie własne na podstawie: Papuć E.: Jakość życia- definicje i sposoby jej ujmowania. Current Problems of Psychiatriy, 2011, 12(2), 141-145

Za prekursora badań nad jakością życia uważa się Campbella, który wskazał, że „*jakość życia człowieka zależy od stopnia zaspokojenia potrzeb w takich dziedzinach życia jak małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia*” [7]. Był to rok 1976.

W 1978 roku zbliżone stanowisko prezentował Flanagan, który zwracał uwagę na fakt, że określone sfery życia mogą mieć bardzo różne znaczenie dla określonego człowieka. Dlatego argumentował, że jeżeli w ocenie człowieka dana sfera życia jest mało istotna wówczas jej niska ocena nie będzie kształtowała oceny jakości życia [7].

W roku 1991 pojawiła się na gruncie badań nad jakością życia koncepcja Cantor. Koncepcja ta zakładała, że „*jakość życia człowieka zależy od tego czy i jak realizuje swoje życiowe zadania, a wybór tych zadań zależy od potrzeb rozwojowych człowieka, które powinny być możliwości człowieka i doświadczenie emocjonalne*” [8].

Na gruncie badań nad problemem definiowania jakości życia badacze wyodrębniają dwie zasadnicze grupy definicji. Pierwszą grupę stanowią definicje, które same w sobie ujmują tylko kilka aspektów i dotyczą konkretnego paradygmatu badawczego, który jest charakterystyczny dla danej dziedziny naukowej. Drugą grupą definicji są te, które ujmują jakość życia ogólnie-holistycznie.

Do pierwszej grupy definicji jakości życia zalicza się następujące definicje:

- „*jakość życia to brak obciążeń, trudności, dolegliwości*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to złożona subiektywna ocena poziomu zadowolenia i satysfakcji płynącej z życia jako całości oraz jego sfer*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to subiektywne odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście potrzeb i możliwości*” [9].
- „*jakość życia to osobiste postrzeganie pozycji zajmowanej w życiu, w kontekście kulturowym i systemu wartości, w jakim człowiek żyje oraz w odniesieniu do stawianych sobie celów, posiadanych oczekiwań i wzorców*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to różnica pomiędzy tym co zostało osiągnięte a tym, co według podmiotu jest możliwe do osiągnięcia i uzyskania*” [cyt. za 8].

Natomiast do drugiej grupy definicji jakości życia kwalifikowane są następujące definicje:

- „*jakość życia to wszystkie dziedziny dobrostanu człowieka jakie są dla niego ważne*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to takie radzenie sobie w życiu, w jaki pragnęlibyśmy sobie w nim radzić*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to satysfakcja osobista lub poczucie szczęścia, w tym dziedzinach życia, które jednostka personalnie uznaje za ważne*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to bogactwo przeżyć, celów życiowych, wysoki poziom świadomości i aktywności*” [cyt. za 8].
- „*jakość życia to sposób postrzegania przez jednostki swojej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami standardami i obawami. Jest to szeroko pojęta koncepcja, na którą w sposób kompleksowy wpływają: zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz jej stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska*” [cyt. za 8].

Analizując szereg różnych definicji z zakresu jakości życia można określić, że „*jakość życia jako stopień zaspokojenia materialnych i niematerialnych potrzeb jednostek, rodzin i zbiorowości*” [cyt. za 8].

Kolejny badacz zajmujący się aspektem jakości życia Michalos wskazuje, że o jakości życia decyduje stopień zadowolenia z niego. Tłumaczy, że bardzo istotna jest „rozbieżność między stanem pożądanym-potrzebą, a stanem aktualnym-stopniem zaspokojenia. Jak również wskazuje, że bardzo istotna jest sfera, której dotyczy. Im jest ona bardziej ważna dla człowieka, tym mniejsze jej zaspokojenie powoduje dyskomfort a w konsekwencji niższą jakość życia” [9].

Podobnie w 1993 roku Ratajczak wyjaśnia, iż „jakość życia jest efektem relacji i stopniem zaspokojenia własnych potrzeb a wymaganiami i zasobami otoczenia. Może ona przynieść zadowolenie i pozytywne emocje, pod warunkiem gdy nie narusza zasobów jednostki i umożliwia realizację jej potrzeb” [11].

Według Nordenfelta „jakość życia jest utożsamiana z podmiotowym poznaniem i emocjonalną recepcją świata” [12]. Badacz łączy jakość życia z pozytywnymi i negatywnymi przeżyciami jednostki-indywidualnym dobrostanem człowieka [12].

Jakość życia rozumiana jako poczucie szczęścia jest przedmiotem definicji Raphaela, który określa ją jako „stopień zadowolenia odczuwany przez jednostkę z ważnych możliwości, jakie daje jej życie” [13].

Według D. Felce’a jakość życia to „ogólny dobrostan, dobre samopoczucie, na które składają się obiektywne wyznaczniki i subiektywna ocena, fizycznego, materialnego i społecznego, produktywnego, emocjonalnego i cywilnego dobrostanu, dokonywana zgodnie z posiadanymi wartościami” [14].

Michalos natomiast definiuje ogólną jakość życia człowieka jako „rezultat spostrzeganych przez człowieka rozbieżności w kilku wymiarach, do których zalicza:

- tego czym obecnie jednostka dysponuje, w tym dysponować by chciała,
- tego czym obecnie dysponuje, a tym co powinna posiadać w sytuacji idealnej,
- tego co jest dostępne w środowisku dla realizacji zakładanych celów życiowych, a tym co jest niezbędne do ich osiągnięcia,
- tego jaka jest obecnie jakość życia, a najlepszą jakością w przeszłości,
- tego, czym aktualnie dysponuje człowiek, a tym czym dysponują inni ludzie,
- stopnia dopasowania cech osobistych do wymagań stawianych w tym zakresie przez środowisko życiowe” [15].

Zatem im większa postrzegana rozbieżność, tym niższa odczuwalna jakość życia przez jednostkę. W procesie oceny jakości życia niezmiernie istotny jest proces wartościowania poszczególnych sfer życia, życia jako całości, a także sytuacji uznawanych przez jednostkę jako akceptowalne/pożądane [14, 15].

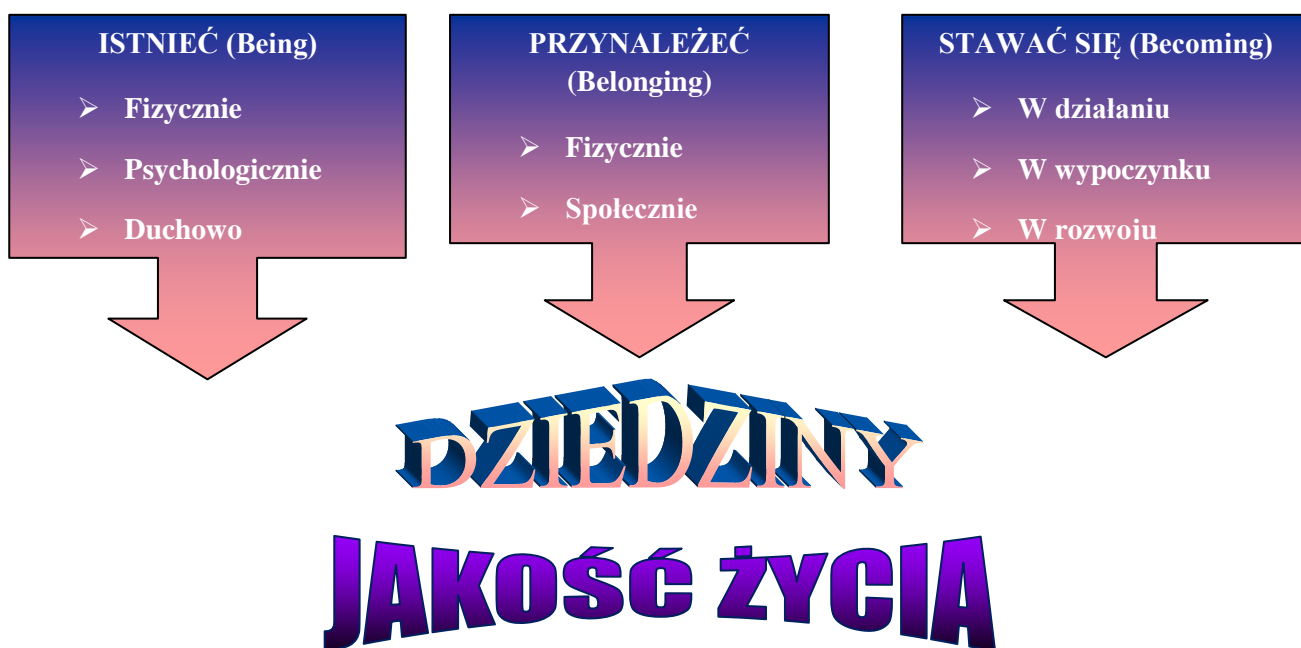
Zgodnie z definicją Lindstroma, jakość życia to „*ogólna egzystencja jednostki, grupy lub społeczności opisująca istotę jej życia poprzez pomiar czynników obiektywnych i odczuwanych subiektywnych, dokonywany przez jednostkę, grupę lub społeczność*” [14].

Ferring natomiast wyodrębnia „cztery typy jakości życia, biorąc pod uwagę subiektywne oceny dokonywane przez podmiot i obiektywne warunki życia.

Są to:

- uzasadnione zadowolenie - kiedy człowiek, żyjący w obiektywnie korzystnych warunkach, postrzega swoje życie w pozytywnych kategoriach i w konsekwencji ma poczucie jego wysokiej jakości,
- dylemat niezadowolenia - kiedy człowiek, żyjąc w obiektywnie korzystnych warunkach, postrzega swoje życie negatywnie i w związku z tym ma poczucie niskiej jakości swojego życia,
- paradoks zadowolenia - kiedy człowiek, żyjąc w obiektywnie niekorzystnych warunkach, postrzega swoje życie pozytywnie i ma przez to poczucie wysokiej jakości życia,
- uzasadnione niezadowolenie - kiedy człowiek, żyjąc w obiektywnie niekorzystnych warunkach, postrzega swoje życie negatywnie i w rezultacie ma poczucie niskiej jakości swojego życia” [16].

Zespół badawczy pod kierunkiem Raphaela zdefiniował jakość życia jako „*stopień w jakim jednostka korzysta z możliwości, jakie niesie ze sobą jej życie*” [14]. Zespół badaczy również opracował model jakości życia składający się z trzech dziedzin, który prezentuje Rycina 2.



Rycina 2. Dziedziny kształtujące jakość życia wg modelu Raphaela

opracowanie własne na podstawie: Kochman D.: Koncepcje teoretyczne jakości życia. *Zdrowie Publiczne*, 2017, 117, 242-248

Podsumowując rozważania na temat jakości życia faktem niezaprzeczalnym jest istnienie dwóch wymiarów tj. całokształtu warunków obiektywnych oraz dobrobytu subiektywnego. Całokształt warunków obiektywnych uwzględnia materialne warunki życia, zdrowie, edukację, aktywność ekonomiczną, czas wolny i relacje społeczne, bezpieczeństwo ekonomiczne i fizyczne, jakość państwa i jego zdolność do zapewnienia ludziom podstawowych praw oraz jakość infrastruktury i środowiska naturalnego [13, 14, 15]. Dobrobyt subiektywny natomiast oznacza postrzeganą jakość życia, tj. satysfakcję płynącą z różnych aspektów życia jako całości, a także elementy dotyczące odczuwanych stanów emocjonalnych oraz systemu wartości. Należy podkreślić również, że subiektywna ocena jakości własnego życia może być określana w kategoriach pozytywnych lub negatywnych przez jednostkę. Problematyka jakości życia jest podejmowana w licznych pracach naukowych. Na przestrzeni ostatnich dekad powstało wiele koncepcji wyjaśniających czym jest jakość życia i jak osiągnąć jej optimum. Wielu naukowców podkreśla, że jakość życia człowieka w znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości oraz oczekiwań i pragnień wobec własnego życia [13, 15].

W literaturze przedmiotu można spotkać również określenia jakość życia i poczucie jakości życia. Jakość życia jest z pewnością pojęciem szerszym niż poziom życia stąd niepoprawne wydaje się ich zamienne stosowanie. Zatem nasuwa się pytanie czy można

postawić znak równości i stwierdzić, że jakość życia równa się dobrobyt plus dobrostan? Literatura analizując powyższy aspekt wskazuje na koncepcję Erika Allardta, który zaleca wnikliwą analizę dwóch aspektów:

- „po pierwsze czym jest dobrobyt i szczęście (*welfare vs. happiness*) według badacza poziom dobrobytu jest definiowany przez stopień zaspokojenia potrzeb -mierniki obiektywne. Szczęście natomiast odnosi się do subiektywnych ocen i doświadczeń, do tego w jakim stopniu ludzie czują się szczęśliwi, zadowoleni z różnych aspektów życia –subiektywne oceny. Dobrobyt można również szacować na podstawie analizy posiadanych dóbr, podejmowanych zachowań i relacji społecznych, natomiast szczęście można mierzyć poprzez analizowanie opinii i odczuć” [6].
- „po drugie poziom życia i jakość życia (*level of living vs. quality of life*) – poziom życia odnosi się do potrzeb, stopień zaspokojenia których jest definiowany przez zasoby materialne i nieosobowe (*having*). Jakość życia rozumiana jest jako satysfakcja z kontaktów międzyludzkich (*loving*) oraz samorealizacji, definiowana poprzez relacje do innych, społeczeństwa oraz samego siebie (*being*)” [6].

Tabela I. Koncepcja jakości życia według Erika Allardta

DZIEDZINY ŻYCIA		DOBROBYT – OCENY OBIEKTYWNE	SZCZĘŚCIE – OCENY SUBIEKTYWNE
Poziom życia	Having – warunki życia	np. warunki mieszkaniowe, wyposażenie gospodarstwa domowego, dochód	odczuwanie zadowolenia/ niezadowolenia z warunków życia
Jakość życia	Loving – relacje	np. relacje rodzinne, posiadanie przyjaciół, stosunki sąsiedzkie	odczuwanie zadowolenia/ niezadowolenia z relacji międzyludzkich
	Being – samorealizacja	np. kariera, realizacji pasji, zakorzenienie w społeczeństwie	poczucie spełnienia osobistego/alienacji

źródło: Patelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia-globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Katedra Socjologii Ogólnej. Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016, 22.

Podsumowując należy podkreślić, że mówiąc o poczuciu jakości życia należy zaznaczyć, iż jest to subiektywna, podmiotowa ocena własnego życia jako całości oraz różnych jego sfer. Funkcję nadrzędną traci tutaj poziom życia na rzecz opinii jednostki o nim. Dlatego traktując o poczuciu jakości życia nie powinno się stawiać między poczuciem jakości życia a jakością życia znaku równości [16, 17].

Współczesne badania i analizy nad jakością życia człowieka wskazują na wzajemne oddziaływanie wielu czynników kształtujących różne sfery życia i dziedziny aktywności człowieka. Na podstawie analizy literatury przedmiotu i wykorzystanych materiałów źródłowych można wysunąć ogólną konkluzję: jakość życia uzależniona jest przede wszystkim przez stopień zaspokojenia wartości, które są dla danego człowieka najistotniejsze.

Podsumowanie

Jakość życia może być bardzo różnie postrzegana i interpretowana. Dla różnych grup społecznych jest ona związana z zaspokojeniem różnorodnych potrzeb materialnych, pewności i stabilizacji życiowej, rozrywki czy potrzeb duchowych. Na podstawie analizowanego piśmiennictwa wyraźnie widzimy, że jednoznaczne zdefiniowanie pojęcia jakość życia nastęrcza wiele trudności. Przyczyną zapewne tego stanu rzeczy jest fakt, że jakość życia człowieka jest oceną subiektywną, która jest zależna od cech osobowości, stanu psychicznego oraz systemu wartości i upodobań. Czyli tych determinantów, które dla danego człowieka są najcenniejsze.

Zatem wydaje się, że trafnie jakość życia definiuje Encyklopedia PWN przyrnując, iż *jakość życia („life quality”) to polityka społeczna, stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych — spełnianie standardów lub realizacja wartości: biologicznych, psychologicznych, duchowych, społecznych i politycznych, kulturalnych, ekonomicznych i ekologicznych jednostek, rodzin i zbiorowości; pojęcie stosowane w polityce społecznej, psychologii, medycynie, ekonomii i socjologii”* [18].

Piśmiennictwo

1. Sompolska-Rzechuła A.; Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis, 2013, 301 (71), 127-140.
2. Ozarek G.: Korzenie jakości. Problemy Jakości, 2004, 5, 8-13.
3. Nirwana - duchowa wolność i droga do oświecenia.
<https://www.odkrywamyzakryte.com/nirwana/> dostęp 16.09.2017 r.

4. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011, 1 (60), 62-71.
5. Ratkowski W., Grabowska-Skorb P., Bzdawski M., Napierała M., Zukow W.: Jakość życia osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej. *Journal of Health Sciences*, 2013, 3(16), 37-56.
6. Patelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia-globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Katedra Socjologii Ogólnej. Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016.
7. Papuć E.: Jakość życia- definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12(2), 141-145.
8. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska-Janowska A.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie-czym jest, jak i po co ja oceniać. *Przegląd Lekarski*, 2012, 6 (69), 253-259.
9. Jarema M., Konieczńska Z., Głowczak M. i wsp.: Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatria Polska*, 1995, 29, 641-654.
10. Telka E.: Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. *Nowa Medycyna*, 2013, 4, 184-186.
11. Ratajczak Z.: W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacji kryzysu ekonomicznego. *Kolokwia Psychologiczne*, 1993, 2, 37-51.
12. Cieślik A.: Analiza jakości życia chorych na astmę oskrzelową. *Studia Medyczne*, 2012, 2 (26), 39-47.
13. Kolman R.: Jakość życia na co dzień. O umiejętności kształtowania jakości swego życia. Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2002.
14. Kochman D.: Koncepcje teoretyczne jakości życia. *Zdrowie Publiczne*, 2017, 117, 242-248.
15. Bańka A.: Jakość życia a jakość rozwoju [w:] *Psychologia jakości życia*, Bańka A. (red.). Wydawnictwo Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, 11-78.
16. Dziurawicz-Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2002, 1(2), 77-99.
17. Nieścior A.: Struktura jakości życia jednostki. *Problemy Jakości*, 2001, 4, 4-6.
18. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/jakosc-zycia;3916390.html> dostęp 21.09.2017r.

**Wiśniewska Ewa, Zagroba Małgorzata, Ostrowska Bożena,
Marcysiak Małgorzata**

Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie

Jakość życia w zdrowiu i chorobie

- charakterystyka pojęcia

*„Ludzie są na tyle szczęśliwi,
na ile sobie pozwolą”
Abraham Lincoln*

Wprowadzenie

Korzenie pojęcia jakość życia sięgają starożytności. Wyróżniano wtedy dwa podejścia do szczęścia: hedonistyczne (Epikur) – szczęście ujmowane w kategoriach przyjemnego życia oraz eudajmonistyczne (Arystoteles) - ujmowane w kategoriach sensownego i moralnego życia. Epikur określał przyjemne życie jako moralne i sprawiedliwe, uwzględniające potrzeby innych ludzi, natomiast Arystoteles interpretował szczęście jako zespół wszystkich dóbr potrzebnych człowiekowi. Różnicował on szczęście od zadowolenia, uznając zadowolenie za konsekwencję, a nie istotę szczęścia. Dla Sokratesa człowiek szczęśliwy to ten, który znał samego siebie i zajmował się tym, w czym był najlepszy. Uważał, że za działania odpowiedzialna jest dusza i człowiekiem szczęśliwym jest ten, który dba o nią. Platon utożsamiał szczęście z dobrocią. Uważał, że szczęśliwy jest człowiek moralny, który potrafi osiągnąć harmonię wewnętrzną [1]. W filozofii wschodu szczęście miało wyrażać się w równowadze pomiędzy pierwiastkami Yang i Yin, a w buddyźmie było możliwe dzięki osiągnięciu nirwany [2]. Synonimem jakości życia bywało określenie szczęście, pomyślność, fortuna, życie szczęśliwe. Analiza tych zjawisk stała się elementem rozważań człowieka i przedmiotem badań naukowych. Zagadnienie szczęścia zgłębiał Władysław Tatarkiewicz, który uważał, że empiryczne szczęście istnieje w odróżnieniu od szczęścia idealnego i jest funkcją czynników, które są zmiennymi względnie niezależnymi.

Mówił: „przeszłość, terażniejszość i przyszłość wpływają na to, jak przeżywamy kolejne chwile naszego życia i każda z nich ma swój udział w zadowoleniu czy niezadowoleniu, jakie wynosimy z tych chwil kolejnych i zespalamy w ostateczne zadowolenie i niezadowolenie z całości życia” [1].

Termin jakość życia po raz pierwszy pojawił się w USA po II wojnie światowej, a wzrost zainteresowania pojęciem odnotowano w latach pięćdziesiątych XX. Badania koncentrowały się początkowo na poziomie konsumpcji dóbr, dopiero w latach siedemdziesiątych zaczęto rozszerzać przedmiot zainteresowania. Zgodnie z nurtem reprezentowanym przez Fromma odnoszącym się do akcentowania wartości „być”, obszar badań został rozszerzony o wartości pozamaterialne - psychiczne i społeczne aspekty jakości życia człowieka [2, 3].

Prekursorem kompleksowych badań nad jakością był Campbell, który w 1971r. ze współpracownikami (Conversem i Rodegersem) prowadzili program badawczy oceny zadowolenia z własnego życia populacji mieszkańców Stanów Zjednoczonych [4]. Campbell w swoich dociekaniach odnosił się do następujących dziedzin: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz standard życia [4]. W 1978 roku zwrócono dodatkowo uwagę, że określone sfery życia mogą mieć różne znaczenie dla poszczególnych osób. Zaproponowano zatem zastosowanie wskaźnika wagi, co dało możliwość analizowania ważności analizowanych sfer życia [2].

Samo określenie czym jest jakość życia stanowi pewną trudność. Wieloaspektowy i interdyscyplinarny charakter tego pojęcia powoduje przytaczanie wielu wersji definicji w literaturze przedmiotu. Na innych elementach zagadnienia koncentrują się przedstawiciele filozofii, na innych psychologowie, socjologowie czy ekonomiści. Nieco inne aspekty są analizowane w obszarze medycyny. Definiowanie odnosi się więc do kryteriów fizycznych, psychicznych, społecznych czy zawodowych ludzi. W 1972r. określono (Dalkey i Rourke), że jakość życia to satysfakcja z życia i poczucie szczęścia. Socjologowie opisują, że jakość życia to sposób i stopień zaspokojenia różnych potrzeb, w tym sposób postrzegania osiągniętego standardu życia [5]. W ekonomii pojęcie jakości życia wiąże się ze zjawiskiem wzrostu gospodarczego, rozwojem społeczno -ekonomicznym i dobrobytem społecznym i ekonomicznym [6]. Tomaszewski określił, że jakość życia jest to: „zespół elementów występujący w różnych proporcjach i z różnym nasileniem, na które składają się: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość i współuczestnictwo w życiu społecznym”. Inni badacze (J.M. Raeburn i I.Rootman) podkreślają w wysokiej jakości życia

dużą rolę podmiotowej samorealizacji [2]. Kolipiński zakłada, że na jakość życia składa się: „*prawo do wolności, do życia w godności i dostatku*”, a Siciński i Strzelecki, że jest to „*poziom oraz wzajemne powiązanie dwóch aspektów egzystencji ludzkiej – możliwości pełni rozwoju jednostki ludzkiej oraz zadowolenia z życia*” [7]. Na gruncie polskim często przytaczaną definicją jest ta, zaproponowana przez de Walden-Gałuszkę: „*ocena własnej sytuacji życiowej, dokonań w określonym czasie i uwzględniająca przyjętą hierarchię wartości lub też różnica pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną*” [5]. Zespół Światowej Organizacji Zdrowia w 1994r. opracował natomiast następującą definicję: „*jakość życia to osobiste postrzeganie swojego miejsca w życiu, w kontekście kultury i systemu wartości w którym żyje, w odniesieniu do swoich celów, oczekiwań, standardów i obaw*” [8].

Analiza definicji nasuwa dwa wymiary tego zjawiska: obiektywny oraz subiektywny. Obiektywna jakość jest utożsamiana z warunkami i poziomem życia wyrażającymi się w: aktywności ekonomicznej i sytuacji dochodowej, wyżywieniu, zasobność materialnej, warunkach mieszkaniowych, korzystaniu z pomocy społecznej, kształceniu dzieci, uczestnictwie w kulturze i wypoczynku, korzystaniu z usług systemu ochrony zdrowia, ubezpieczenia i zabezpieczenia emerytalnego oraz postaw proekologiczne. Subiektywna jakość życia dotyczy oceny stopnia zaspokojenia potrzeb człowieka, jego subiektywnego postrzegania życia w kontekście wartości oraz społecznych, gospodarczych i politycznych. Czapiński wśród obiektywnych wskaźników wymienia wskaźnik PKB, poziom zanieczyszczenia środowiska czy liczbę samobójstw w danej populacji, a wśród subiektywnych wskaźników - system wartości czy cechy osobowości [2]. Kunsebeck natomiast wyróżnia wśród subiektywnych czynników wyznaczniki fizyczne, psychiczne, społeczne oraz międzyludzkie, a w obiektywnych – stan zdrowia, obraz psychopatologiczny i pozycję społeczno-ekonomiczną [9].

Nie ma jednak prostych zależności między wskaźnikami, a poziomem jakości życia. To wynika również z potocznej wiedzy człowieka – są ludzie bogaci i nieszczęśliwi, biedni i chorzy, którzy oceniają, że mają szczęśliwe życie. Badania dowodzą (m.in. Kasprzak i Derbis), że czynniki obiektywne w sposób bezpośredni nie stanowią o zadowoleniu z życia, a warunkiem poczucia wysokiej jakości życia nie jest zaspokojenie wszystkich potrzeb człowieka. Ważniejszym determinantem wysokiej jakości życia jest percepcja własnej sytuacji życiowej. Z psychologicznego punktu widzenia mówi się o „*paradoksie zadowolenia*” – subiektywnie odczuwana wysoka jakość życia człowieka nie wpływa z obiektywnie istniejących warunków, w których ta jednostka funkcjonuje [3].

Co zatem gwarantuje udane życie? Badania CBOS prowadzone na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych 934 Polaków (2014r.) wskazują, że najważniejszym elementem udanego życia jest dobre zdrowie (49%), zbliżona grupa respondentów (46%) wskazała pieniądze; natomiast posiadanie zawodu i zatrudnienia - 29% badanych. Szczęście rodzinne, zgoda, zaufanie jest elementem udanego życia tylko dla co piątego badanego, bo takiej odpowiedzi udzieliło 22% badanych (dla porównania w 2006r. wynik ten wynosił 34%), a pozytywne relacje z ludźmi wskazywało 12% respondentów. W badaniach jako element udanego życia wskazywano również stabilną sytuację społeczną, polityczną i gospodarczą (8%) i cechy charakteru człowieka – przedsiębiorczość, pracowitość, wiarę w sukces i optymizm (4%) [10].

Przy próbie analizy składowych jakości życia w literaturze pojawiają się na następujące składowe (domeny), które można opisać za pomocą wskaźników (Tabela I) [11].

Tabela I. Struktura jakości życia

	Domena	Wskaźnik
J A K O Ś Ć Ż Y C I A	Ogólne postrzeganie zdrowia	Samoocena stanu zdrowia
	Zdrowie fizyczne	Ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności
		Ograniczenia w poruszaniu się
		Konieczność pomocy w podstawowych czynnościach
	Zdrowie psychiczne i emocjonalne	Rodzaj i częstość uczuć pozytywnych i negatywnych
		Panowanie nad własnym zachowaniem, emocjami i myślami
		Pamięć i koncentracja
	Funkcjonowanie społeczne	Liczba bliskich przyjaciół
		Częstość spotkań z przyjaciółmi
		Brak ograniczeń w życiu społecznym.

opracowanie własne na podstawie Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. Farmakoekonomia, 2009, 8, 572-580

Rozwinięcie

Jakość życia w medycynie

Pojęcie jakości życia w medycynie ma swoją specyfikę - obiektywny stan zdrowia nie jest prostym wyznacznikiem zaspokojenia potrzeb oraz poczucia szczęścia. Osoby chore, niepełnosprawne mogą mieć subiektywnie wyższą jakość życia, niż osoby zdrowe mogące funkcjonować bez przeszkód w aspekcie fizycznym, społecznym [2]. Reakcja na chorobę, podobnie jak na inną sytuację stresową, może być traktowana jako krzywda, strata, zagrożenie ale też wyzwanie [12]. Na postrzeganie sytuacji choroby przez pacjenta składa się nie tylko ocena objawów samej choroby, ale też stosowanie sposobów rządzenia sobie z następstwami choroby, ocena możliwości normalnego funkcjonowania oraz rozpoznanie metod umożliwiających uzyskanie kontroli nad chorobą. Duże znaczenie ma osobowość pacjenta oraz wiek, wykształcenie, status ekonomiczny i społeczny, wpływy kulturowe [11].

Kolejnym elementem specyficznym dla jakości życia związanej ze zdrowiem jest to, że rozwojowi medycyny towarzyszy pewien paradoks. Rozwój technologii medycznych i procedur ratujących życie, wydłuża życie, ale powoduje spadek jakości życia i ograniczenie funkcjonowania w wielu obszarach [3]. Wzrastająca skuteczność leczenia spowodowała spadek umieralności, przedłużenie życia ludzkiego, ale też wzrost liczby osób z chorobami przewlekłymi [9]. Pojawił się zatem dylemat: gdzie jest granica pomiędzy poszukiwaniem nowych metod leczenia, realną skutecznością danej terapii, stosowaniem uporczywej terapii, a jakością życia, godnością człowieka i prawem do godnej śmierci [3, 13, 14, 15]. Czas życia pacjenta stał się zatem nie jedynym celem medycyny, ważna też jest jego jakość. Zaakcentowano to też w definicji zdrowia wg. WHO, która mówi o kompleksowym dobrostanie fizycznym, psychicznym czy społecznym, a nie tylko chorobie czy niedomaganiu [4].

Zdefiniowano więc nową kategorię jakość uwarunkowaną stanem zdrowia - HRQOL (ang. *health-related quality of life*). Pojęcie to było wprowadzone przez Schipper w 1990r. i zdefiniowane jako „*funkcjonalny efekt fizycznej, psychicznej i społecznej odpowiedzi na chorobę i leczenie, odbierany subiektywnie przez pacjenta, oraz ocenę własnego położenia życiowego chorego dokonaną w okresie leczenia*” [2, 3, 4]. Inna definicja (wg Cella i Tulsky) podaje, że HRQOL to „*ocena satysfakcji pacjenta z aktualnego poziomu funkcjonowania w porównaniu do takiego, jaki postrzega on jako możliwy lub idealny*” [4].

Definicja według Gotay i wsp. mówi, że jest to stan pomyślności, który jest połączeniem dwóch elementów – zdolności wykonywania codziennej aktywności (w związku z fizycznym, psychicznym i społeczną satysfakcją) oraz przebiegu i kontroli choroby [4].

Przeniesienie się badań nad jakością życia na grunt medyczny spowodowało konieczność tworzenia podstaw metodologicznych. Zaczęto tworzyć narzędzia pozwalające na ocenę jakości ludzi chorych. Stosowano m.in. następujące kryteria: ocenę ilości czasu spędzonego przez pacjenta w łóżku (1960r. Zubrod i wsp.); skalę aktywności życia codziennego „*Daily Living Scale*” (1969r. Lawton i Brody) czy ocenę ograniczonej aktywności życiowej i doświadczanego cierpienia „*The Rosser Ineex Matrix*” (1972r. Rosser) [4]. W 2003r. w ramach strategii *Strategy on European Community Health Indicators* zaproponowano do monitorowania sytuacji zdrowotnej w Europie wykorzystanie wskaźnika wykorzystującego jakość zdrowia - wskaźnik lat przeżytych w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY). Jest on miarą stanu zdrowia określanego jako „funkcjonalne”, czyli stanu pełnej efektywności działań i ich produktywności. Poziom wskaźnika HLY oblicza się przy pomocy metody Sullivana opierającej się na dwóch elementach - częstości występowania niepełnosprawności w populacji w określonym wieku oraz tabel umieralności. Indywidualne postrzeganie niepełnosprawności jest badane na podstawie standaryzowanych ankiet [16]. Agenda ONZ do spraw rozwoju (UNDP - *United Nations Development Programme*) rekomendowała z kolei jako narzędzie odnoszącą się do jakości życia Indeks rozwoju społecznego (HDI – *Human Development Index*). Indeks ten uwzględnia trzy wymiary oceny jakości życia: oczekiwana długość życia, naukę i edukację, standard życia mierzony za pomocą PKB na mieszkańca [8].

Obecnie jakość życia można oceniać na podstawie:

- bezpośredniego wywiadu z pacjentem (standaryzowanego lub nie),
- testów psychometrycznych (stosowanych głównie w psychologii),
- pośrednich miar np. liczba osób rezygnujących z terapii,
- wystandaryzowanych kwestionariuszy [11].

Szczególnie cenne jest prowadzenie badań w oparciu o standaryzowane kwestionariusze, ponieważ daje to możliwość porównania pomiędzy różnymi badaniami. Wśród kwestionariuszy wyróżniamy ogólne (generyczne) i szczegółowe (specyficzne). Te pierwsze opisują ogólną jakość życia. Służą do uzyskania profilu zdrowia czyli stanu zdrowia w aspekcie poszczególnych domen lub użyteczności stanu zdrowia, czyli odniesienie do tego jak pacjent ceni dany stan zdrowia. Wykorzystywane są do badań w dużych i zróżnicowanych

populacjach osób zdrowych i chorych. Wadą kwestionariuszy ogólnych jest to, że mogą nie wykryć drobnych elementów zmniejszenia poziomu jakości życia, istotnych jednak z punktu widzenia pacjenta. Kwestionariusze specyficzne z kolei dzieli się na dwie kategorie. Pierwsza poddaje analizie konkretne sfery funkcjonowania chorego, druga analizuje czynniki wynikające z samej choroby – ocenia samopoczucie chorego, stopień nasilenia objawów, wpływ choroby na stan emocjonalny oraz codzienną aktywność społeczną i zawodową [17]. Szczegółowe kwestionariusze odnoszą się do wąskich grup pacjentów i jakości życia w występowaniu danej choroby, badają tylko te aspekty, które są szczególnie ważne w populacji chorych na daną chorobę. W tych względów korzystne jest stosowanie obu rodzaju testów lub tzw. baterii testów czyli zestawu kilku kwestionariuszy [11, 17].

Przełomowym rokiem w metodologii badań nad jakością był rok 1991. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała wtedy dwa uniwersalne narzędzia badawcze, które były poddane adaptacji kulturowej i zostały tłumaczone na inne języki. Były to narzędzie WHOQOL-100 i jego skróconą wersją WHOQOL-BREF. Pierwsza skala zawiera 100 pytań pogrupowanych na 24 podskale z 6 głównych dziedzin życia. Jest to:

- dziedzina fizyczna (ból i dyskomfort, energia i zmęczenie, sen i wypoczynek),
- dziedzina psychologiczna (pozytywne uczucia, myślenie, uczenie się pamięć i koncentracja, samoocena, obraz własnego ciała i wygląd, negatywne uczucia: smutek, przygnębienie,
- dziedzina niezależności – mobilność, czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia, zdolność do nauki i pracy,
- dziedzina społeczna – relacje społeczne, wsparcie społeczne, aktywność seksualna,
- dziedzina środowiskowa – bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, ocena środowiska domowego, zasoby finansowe, opieka zdrowotna i socjalna, pozyskiwanie nowych informacji, czas wolny i uczestnictwo w rekreacji, zadowolenie ze środowiska fizycznego, problemy z przemieszczaniem i transportem,
- dziedzina duchowa i przekonania religijne [4].

Skala ta zawiera dodatkowo globalną ocenę jakości życia i ogólnego stanu zdrowia. Respondenci zakreślają w skali 1-5 odpowiedź najbliższą ich odczuciu [4].

Literatura podaje także przykłady innych narzędzi ogólnych: *Short – Form Health Survey* (SF-36) – profil funkcjonalny zdrowia i dobrego samopoczucia oraz ocena psychometryczna oparta na fizycznym i psychicznym stanie zdrowia respondenta; *The Karnofsky Performance Index* KPS – Indeks Wydolności; *Nottingham Health Profile* (NHP) – Profil Zdrowia [17], kwestionariusz AIS do pomiaru stopnia akceptacji choroby [18]. Wśród kwestionariuszy szczegółowych wymienia się: *St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) - kwestionariusz analizujący wpływ chorób układu oddechowego na codzienność aktywność chorego; *Asthma Severity Scale*; *Living with Asthma Questionnaire* (LWAQ); *Asthma Quality of Life Questionnaire* (AQLQ) [17]. Swoją specyfikę mają badania jakości życia w pediatrii.

W odniesieniu do małych dzieci badania opierają się na opinii opiekunów, jednak tam gdzie to możliwe sięga się po subiektywną opinię dzieci. Jakość możemy w tym przypadku badać za pomocą kwestionariuszy ogólnych (np. Rand Scale) czy specyficznych (*Childhood Asthma Questionnaires CAQ*, *Child Health Survey*, *Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire PAQLQ*) [9].

Badania nad jakością życia w medycynie mają duże znaczenie, ponieważ dostarczają informacji na temat subiektywnej oceny sytuacji przez pacjenta, która może być różna od tej budowanej na podstawie obiektywnych kryteriów [3]. Z uwagi na specyfikę informacji zagadnienie jakości znalazło szybko zastosowanie w zdrowiu publicznym i promocji zdrowia. Znalazło to odzwierciedlenie w dokumentach m.in. w Karcie Ottawskiej Promocji Zdrowia, gdzie można przeczytać „*dobre zdrowie [...] jest ważnym obszarem jakości życia*”, a poprawa tej jakości była celem kolejnych wersji Narodowych Programów Zdrowia [19]. Rada Europy z kolei w Lizbonie w 2000r. wydała rezolucję stanowiącą cele strategiczne dla decyzji politycznych i reform strukturalnych w następnych latach. Dokument wyraźnie podkreśla znaczenie dobrostanu społecznego i ekonomicznego wyrażającego się w produktywności i aktywnym udziale w życiu zawodowym i społecznym [16].

Podsumowanie

Powadzenie badań nad jakością życia, oprócz implikacji dla zdrowia publicznego, mają znaczenie także dla pacjentów, pielęgniarek i lekarzy. Subiektywna ocena swojego stanu zdrowia przez pacjenta sprzyja upodmiotowieniu procesu leczenia. Pomaga w planowaniu opieki lekarzom, umożliwia stosowanie optymalnych metod leczenia, nie przyczyniających się do pogorszenia jakości życia, daje inspirację do poszukiwania nowych terapii oraz

pozwalają na określanie akceptowalności danej metody leczenia przez chorego. Pacjenci analizują poszczególne składowe jakości życia w sytuacji choroby – dają refleksje, która może działać terapeutycznie, motywować, poprawiać poziom komunikacji między nim a zespołem terapeutycznym. Może być wyznacznikiem pomocy psychoterapeutycznej [9].

Wyniki badań nad jakością mogą kreować kierunek leczenia i pielęgnowania pacjenta zgodnie z ideą medycyny opartej na faktach EBM, (*evidence-based medicine*) oraz EBNP – (*evidence-based nursing practice*). Pozwoli to na świadome zintegrowanie indywidualnych umiejętności i wiedzy z aktualnymi dowodami klinicznymi pochodzącymi z badań metodycznych [20].

W rozważaniach nad jakością życia na koniec warto podkreślić jeszcze raz, że na poczucie szczęścia i odbiór naszej sytuacji życiowej, mają wpływ czynniki subiektywne, co dostrzegali już Arystoteles mówiąc „*nasze szczęście zależy od nas samych*” .

Badanie jakości życia jest ważnym elementem budowania profesjonalnej opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Kanasz T.: Uwarunkowania szczęścia. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2015.
2. Trzebiatowski J.: Jakość w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 25-31.
3. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93,21-26.
4. Cieślik A.: Jakość życia w naukach medycznych. *Studia Medyczne*, 2010,19,49-53.
5. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Problemy Psychiatrii*, 2011, 12, 141-145.
6. Sompolska-Rzechuła A.: Jakość życia jako kategoria ekonomiczna. Wydawnictwo Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie, Szczecin 2013, 127-140.
7. Owiński J., Tarchalski T.: Pomiar jakości życia. *Współczesne Problemy Zarządzania*, 2008, 1, 1-96.
8. Zalewska M.: Jakość życia – wybrane koncepcje. Analiza porównawcza wskaźników jakości życia w Polsce i krajach UE. *Problemy Zarządzania*, 2012, 10, 258-275.

9. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 99-103.
10. Co stanowi o udanym życiu ? Komunikat z badań Centrum Badań Opinii Społecznej, 2014, 167, 3-8.
11. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. *Farmakoekonomia*, 2009, 8, 572-580.
12. Heszen I., Sęk H.: *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2008.
13. Hartman J., Szabat M.: *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
14. Członkowska M.: Zatrzymanie akcji serca – nie tylko uratowanie życia jest ważne. Komentarz do artykułu Young Bryan G., Rokowanie neurologiczne po epizodzie zatrzymania krążenia. *Neurologia po Dyplomie*, 2010, 1, 11-20.
15. Knapik P.: Uporczywa terapia po polsku, czyli pacjent z trwałym uszkodzeniem neurologicznym na oddziale intensywnej terapii. Komentarz do artykułu Young Bryan G., Rokowanie neurologiczne po epizodzie zatrzymania krążenia. *Neurologia po Dyplomie*, 2010, 1, 11-20.
16. Gromulska L., Wysocki M., Goryński P.: Lata przeżyte w zdrowiu – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2008, 62, 811-820.
17. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93, 632-638.
18. Lefek K., Wierzbička B., Hańczy P., Jankowska-Polańska B., Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie*, t.2. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2015.
19. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. PWN, Warszawa 2010.
20. Kędra E.: Praktyka pielęgniarstwa oparta na faktach – wymóg czy konieczność. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19, 391-395.

Zięba Maria, Cisoń- Apanasewicz Urszula

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

Jakość życia w naukach społecznych – podstawy teoretyczne

Wprowadzenie

Badania nad jakością życia podjęto na początku lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku a problematyka ta doczekała się w ostatnich latach szerszego zainteresowania badaczy z różnych dziedzin nauki.

Pojęcie jakości życia (*QoL, quality of life*) jest wieloznaczne, ma charakter wielodyscyplinarny oraz odzwierciedla wiele aspektów funkcjonowania człowieka. W dużej mierze jest wartością subiektywną i zależy od stanu psychicznego, osobowości, upodobań i systemu wartości. Jakość życia stanowi przedmiot zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, stąd wśród teoretyków nie ma pełnej zgodności, co do definicji, zakresu i zastosowania tego pojęcia. W dziedzinach takich jak: nauki społeczne, medycyna i ekonomia próbuje się tworzyć pożądane modele i poziomy jakości życia.

W zależności od dziedziny, w której prowadzone są badania, akcent kładzie się na różne wymiary jakości życia. W filozofii badacze skupiają się na uniwersalnym pojmowaniu jakości życia, w psychologii na wymiarze poznawczym i przeżyciowym, w socjologii na obiektywnych warunkach życia, a w medycynie na stanie zdrowia. W naukach społecznych panuje zgodność co do faktu, że przy opisie zakresu pojęcia jakości życia ważna jest zarówno analiza determinantów obiektywnych, jak i subiektywnych [1, 2].

Rozwinięcie

Definicje jakości życia

Istnieje wiele definicji jakości życia. Wszystkie według Farquhar można zaliczyć do dwóch grup. W pierwszej grupie zlokalizowano definicje profesjonalne formułowane przez ekspertów, należą do nich skale: globalne, złożone, specyficzne, i mieszane. Do grupy drugiej zaliczono określenia potoczne.

Definicje globalne ujmują ocenę jakości życia jako całości (ocenę ogólnej satysfakcji życiowej, dobrostanu w różnych sferach życia, poczucie szczęścia). **Definicje złożone** obok oceny globalnej uwzględniają cząstkowe obszary życia człowieka, a ich ocena ma wpływ na globalną jakość życia. Zaś **definicje swoiste** (specyficzne) są skoncentrowane na poszczególnych obszarach życia. Ostatnia grupa - **skale mieszane** uwzględniają ocenę globalną jakości życia, ale także czynników zewnętrznych takich jak środowisko życia, warunki ekonomiczne, udział bądź też ograniczenia w życiu społecznym i indywidualne oczekiwania człowieka [3].

Inni badacze, jak Beckman i Ditlev uważają, że jakość życia powinna być utożsamiana ze szczęściem. Szczęście należy pojmować w kategoriach wyższych, humanistycznych, zgodnie, z którymi rozumiane jest jako samorealizacja i harmonia życia [cyt.za 3].

Druga grupa definicji - **definicje potoczne** prezentowane są przez badaczy, według których jakość życia jest pojęciem na tyle subiektywnym, iż niemożliwe jest ujęcie jej w formie norm lub standardów [3].

Jedną z najwcześniejszych definicji jakości życia opracowali w 1972 roku Rourke oraz Dalkey, według których na jakość życia składają się dwa elementy: satysfakcja z życia oraz uczucie szczęścia. Późniejsze definicje jakości życia zaczęły traktować tą definicję szerzej. W 1987 roku Torrence, zauważył, że jakość życia powinna określać całość człowieka, we wszystkich wymiarach egzystencjalnych [cyt. za 4].

Jakość życia w perspektywie nauk społecznych

Przedstawiciele nauk społecznych w Polsce, jak i na Zachodzie, w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku definiowali pojęcie jakości życia łącząc ją z takimi kategoriami jak styl życia, poczucie podmiotowego dobrostanu, zadowolenie z warunków a także możliwość zaspokajania najistotniejszych życiowych potrzeb [5]. Nauki społeczne nie wypracowały dotychczas jednolitej, uniwersalnej definicji jakości życia. Przedstawiciele różnych dziedzin nauk społecznych biorą w swoich dociekaniach pod uwagę przede wszystkim kontekst zastosowania pojęcia oraz cel prowadzonych badań. Istnieje w naukach społecznych podział definicji na cztery grupy Pierwsza grupa obejmuje definicje egzystencjalne, druga odnosi się do możliwości wykonywania zadań – są to tzw. definicje „życiowe”. Trzecia grupa definiuje jakość życia w kategorii potrzeb, zaś ostatnia grupa obejmuje definicje odnoszące się do obiektywnego i subiektywnego nurtu jakości życia z uwzględnieniem dodatkowo koncepcji potrzeb [6].

Według T. Tomaszewskiego [7] psychologiczna koncepcja normatywna jakości życia może być traktowana, jako najwłaściwsza miara, zarówno jakości świata, jak i jakości człowieka. Stosuje on do pomiaru jakości życia, która według jego poglądu charakteryzuje się względną stabilnością, niezależnie od zmieniających się okoliczności, pięć podstawowych kryteriów [7]:

- bogactwo przeżyć
- poziom świadomości
- poziom aktywności
- twórczość
- współżycie człowieka z innymi ludźmi.

Bogactwo przeżyć odnosi się do subiektywnej jakości życia i poczucia szczęścia, określanych nie przez jedną cechę przeżyć, lecz przez ich bogactwo i różnorodność. Szczególną rolę w określaniu subiektywnej jakości życia odgrywa miłość ze względu na zestaw przeżyć o najszerzej skali (od najwyższej radości do najgłębszej rozpacz).

Poziom świadomości można scharakteryzować jako wiedzę o sobie i świecie, powiązaną ze zrozumieniem rzeczywistości, znajomością celów i środków w podejmowanych działaniach. Związek między jakością życia a poziomem świadomości jest proporcjonalny, wysoka świadomość warunkuje wysoką jakość życia.

Jedną z najważniejszych wartości (według Tomaszewskiego) - wzrost **aktywności** i jej zakresu, jest oznaką zdrowia i rozwoju jednostki.

Twórczość rozumie on bardzo szeroko „*od reproduktywności biologicznej do najwyższych form geniuszu*” i jako aktywność skierowaną na przekształcanie rzeczywistości. W świetle tej koncepcji wyżej ocenione jest życie jednostek, których działalność pozostawia po sobie wartościowe skutki.

Koegzystencja człowieka z innymi ludźmi jest oceniana przez pryzmat uczestnictwa w życiu innych ludzi i dopuszczenie innych do uczestnictwa w życiu własnym, czego przejawem jest dzielenie się z ludźmi własnymi przeżyciami i myślami oraz podejmowanie wspólnych działań[7].

Koncepcja Czapińskiego [8] na gruncie psychologii definiuje termin „*jakość życia*”, jako tożsamy z pojęciem dobrostanu lub szczęścia. Do pomiaru jakości życia używa on wskaźników obiektywnych dotyczących warunków życia oraz subiektywnych, czyli indywidualnych kryteriów wartościowania. Aspekt subiektywny odnosi się do kryteriów społecznych, materialnych, środowiskowych, zdrowotnych i zaliczanych do kategorii innych

obszarów funkcjonowania z perspektywy poznawczej (ocena wartościująca dotycząca własnego życia jednostki w czasie przeszłym, teraźniejszym i przyszłym). W jego skład wchodzi także inne elementy jak wola życia i pragnienie życia.

Nowatorski stosunek w obrębie psychologii do definiowania i postrzegania jakości życia prezentuje Kowalik [9]. Rozumie on jakość życia w dwojaki sposób: jako odczucie własnego życia w wyniku poznawania go, albo jako odczuwanie własnego życia poprzez przeżywanie go. Jakość życia odnosi się do subiektywnej sfery życia i może być rozpatrywana w wymiarach refleksji nad przebiegiem i aktualnym stanem własnego życia oraz doświadczania różnych stanów psychicznych (subiektywnych) w trakcie życia. Są to dwa aspekty indywidualnej oceny jakości życia. W przypadku odczuwania własnego życia poprzez poznawanie go głównym narzędziem do oceny jego jakości jest świadomość refleksyjna będąca, zdaniem Kowalika, zbiorem wszelkich przekonań, poglądów, opinii i wątpliwości, dotyczących własnego życia. Używając świadomości refleksyjnej, człowiek ustosunkowuje się do własnego życia z pewnej perspektywy i może uznać je puste i nieatrakcyjne lub za piękne i satysfakcjonujące. Odczuwanie własnego życia poprzez przeżywanie go zakłada bezpośrednie obcowanie z czymś zewnętrznym wobec Ja, bierne doświadczanie, gdyż to narzuca się świadomości, wobec czego nie można pozostać obojętnym i co może sprawiać poczucie bezradności. Przeżywanie np. choroby jest możliwe tylko wtedy, gdy nie zostanie ona uznana za naturalny atrybut człowieka, taki jak na przykład masa ciała. Dzięki przeżywaniu można uzyskać dostęp do podstawowej kategorii danych o własnym życiu, które mogą stać się materiałem do dalszego poznawczego opracowania. Są one gromadzone w procesie przeżywania – wymuszając konieczność ciągłego przetwarzania i konfrontowania ich z kolejno następującymi zdarzeniami i nadawania im nowych znaczeń. Przeżywanie jest oparte wyłącznie na konkretnym doświadczeniu jednostki, jest bierne, ale absorbuje jednostkę, stawiając ją w pozycji aktora i ułatwia uzyskanie pomocy i zrozumienia ze strony innych ludzi. Poznawanie zaś jest procesem czynnym, w którym jednostka aktywnie poszukuje informacji o sobie i otoczeniu i pozwala na uczestniczenie w rzeczywistości z perspektywy obserwatora [10]

Koncepcje jakości życia Nawroczyńskiego [11] można usytuować w obrębie pedagogiki z zaznaczeniem podwójnego wymiaru tego ujęcia. Na gruncie pedagogiki kultury, jest ono oparte na budowaniu normatywnego wymiaru jakości życia (świata wartości), a z drugiej strony koncepcja ma czynnościowy charakter i odnosi się do sposobu realizacji świata wartości (jakości życia). Osobowość człowieka jest traktowana jako naczelną wartość – struktura duchowa jest strukturą idealną. Poniżej niej znajduje się charakter wyznaczony

przez wartości moralne, a zaraz pod nim wykształcenie jako połączenie indywidualności wychowanka z dobrami kultury. Niżej jest umieszczona wolność moralna jako wartość instrumentalna, wykorzystywana do osiągnięcia struktur idealnych. Najniżej są wartości, które można nazwać wartościami uchwytnymi praktycznie, czyli wartości narodowe, państwowe, obywatelskie, ogólnoludzkie i państwowe. W wymiarze czynnościowym, Nawroczyński zakłada, że kultura to nie tylko wartości jako pewien wytwór, ale przede wszystkim proces duchowy, odbywający się na kanwie wartości. Kształtowanie struktury duchowej i tworzenie wartości kultury jest przejawem determinacji funkcjonalnej tych czynności, prowadzących do realizacji świata wartości. Autor dopatruje się różnych aspektów związku determinacyjnego np. determinacja subiektywno-racjonalna, polegająca na możliwości podjęcia przez jednostkę na gruncie jej wiedzy takich działań, aby osiągnąć zamierzony efekt (cel-wartość). Innym przejawem związku determinacyjnego jest determinacja funkcjonalno-genetyczna, gdzie nauczyciel pełni rolę pośrednika, wskazując możliwości uczenia się. Zaletą tej koncepcji jest zbudowanie w sposób pluralistyczny i nie do końca określony świata wartości i połączenie go z możliwościami ich realizacji [11].

Ujęcie jakości życia na gruncie nauk pedagogicznych przez pryzmat klasyfikacji wartości Schelera, prezentuje Maciuszek. Jakość życia w świetle jego poglądu można charakteryzować, koncentrując się na zagadnieniu realizacji wartości, z określonych poziomów: hedonistycznego, witalnego i duchowego. Poziom zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i materialnych, związanych z używanymi dobrami odnoszący się do sfery zmysłowości, wyznacza jakość życia w pierwszym przypadku. Poziom wartości witalnych, czyli tężyzny fizycznej, sprawności i osiągnięcia mistrzostwa sportowego, wiąże jakość życia z tym, co dotyczy pomyślności i powodzenia – ze sławą, władzą i wpływami. Poziom duchowy sprowadza jakość życia na realizacji wartości duchowych i religijnych tzn. czynienia z tworzeniem i doświadczaniem piękna, dobra moralnego, poznaniem prawdy. Realizacja wartości religijnych opiera się na ich wyjątkowym doświadczeniu[11].

O socjologicznych próbach konceptualizacji jakości życia pisze Rabenda-Bajkowska [12]. Jakość życia w jej ujęciu ma charakter kategorii symbolicznej, niedookreślonej, otwartej i polemicznej oraz obejmuje różne potrzeby. Socjologia ogólnie jakość życia traktuje jako wzajemne powiązanie dwóch aspektów egzystencji ludzkiej: możliwości pełni rozwoju jednostki ludzkiej oraz zadowolenia życiowego. Jakość życia jednostki według Wallisa polega na zaspokajaniu potrzeb „materialnych” i „duchowych” w dłuższych odcinkach czasu oraz na osiąganiu przez nią wartości w wymiarze rodzinnym, zawodowym i osobistym. Wartości te stanowi stabilizacja, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, identyfikacja,

możliwości poznawcze, możliwości autoekspresyjne, wyboru, warunki związane z czasem, przestrzenią i posiadaniem perspektywy. Jakość życia, jego zdaniem, powinna być badana w wymiarze obiektywnym i subiektywnym. Obiektywnymi kryteriami mogłyby być kategorie o charakterze normatywnym, natomiast subiektywne stanowiłyby idee jakości życia. Koncepcja ta łączy pojęcie „jakości życia” z pojęciem „stylu życia”. O niskiej lub wysokiej jakości życia decyduje odległość pomiędzy stylem realizowanym a uznawanymi i pożądanymi wartościami. W sytuacji niskiej jakości życia pojawiają się potrzeby. Wysoka jakość życia powoduje wolność od braków (w sensie relatywnym), jak również niski poziom harmonii pomiędzy różnymi formami zaangażowania jednostki (zmniejszenie napięcia między swobodą a przymusem) [12]. Według Kalety jakość życia obejmuje najistotniejsze potrzeby jednostki (wartości egzystencjalne) oraz jej opinie na temat ich zaspokojenia. Wartości egzystencjalne są sprecyzowaną lub dającą się wnioskować koncepcją tego, co godne pożądania, charakterystyczną dla jednostki lub grupy i wywierającą wpływ na wybór spośród dostępnych sposobów, środków i celów działania. Jest to kategoria podwójnie subiektywna – ze względu na fakt uznania pewnej grupy potrzeb za wartości egzystencjalne oraz indywidualne oceny stopnia ich realizacji [13].

Jakość życia w perspektywie nauk medycznych

Problematyka jakości życia w ochronie zdrowia pojawiła się w związku z opracowaniem przez WHO poprawionej definicji zdrowia, gdzie nie tylko brak choroby, ale także pełen dobrostan w zakresie psychicznym, fizycznym oraz społecznym ma ogromne znaczenie dla zdrowia jednostki.

Próby uściślenia definicji jakości życia w medycynie doprowadziły do stworzenia nowego pojęcia *Health Related Quality of Life – HRQoL* - jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia.

Zgodnie z WHO, która zdefiniowała to pojęcie w 1993 roku, jakość życia określać należy, jako „*postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zain teresowań*”. Rok później badacze (Schipper, Patrick, Guayaff, Spillker) zajmujący się analizowaniem jakości życia stworzyli standaryzowany kwestionariusz do jej oceny [14].

Według Schipperera na jakość życia składa się funkcjonowanie pacjenta w sferze fizycznej, w tym jego sprawność ruchowa, sferze emocjonalnej, społecznej oraz objawy chorobowe występujące u pacjenta i skutki wynikające ze stosowanego leczenia. Aby

globalnie ocenić jakość życia pacjenta, poza stanem zdrowia i skutkami ubocznymi leczenia, należy wziąć pod uwagę także stosunek pacjenta do własnej osoby i choroby oraz to, w jaki sposób pacjent radzi sobie z problemami [15].

Wymiar jakości życia, kryteria oceny jakości życia

Badacze są zgodni co do faktu, że ogólna ocena jakości życia nie powinna być dokonywana wyłącznie na podstawie charakterystyki jednego, wybranego czynnika, gdyż jest ona wynikiem różnych elementów zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych, stąd w praktyce badawczej i klinicznej w zależności od różnicy przyjętych kryteriów ocena jakości życia dokonywana jest w dwóch aspektach: subiektywnym i obiektywnym [3].

W związku z tym, Calman określa jakość życia jako obecne realia jednostki w jej oczekiwaniach, nadziejach oraz doświadczeniach, czyli jego zadaniem jest to różnica między stanem idealnym, a sytuacją faktyczną człowieka [15].

Narzędzia do oceny jakości życia

Wnikliwą ocenę jakości życia umożliwia badanie wieloczynnikowe. Ma ono charakter jakościowy i pozwala na uzyskanie niektórych wyników w postaci wskaźników punktowych, będących elementem oceny ilościowej. Z powodu konieczność uwzględniania wielu narzędzi, badanie to jest bardzo pracochłonne. Innym sposobem oceny jakości życia jest badanie kwestionariuszowe, pozwalające na opis ilościowy na podstawie uzyskanego wyniku punktowego w skali.

Ogromne zainteresowanie problemem jakości życia spowodowało, że powstają nowe narzędzia badawcze, najczęściej w postaci kwestionariuszy lub skal analogowych.

Kwestionariusze i skale analogowe są łatwe w zastosowaniu i pozwalają na otrzymanie różnych informacji pod warunkiem, że spełniają określone kryteria, takie jak:

- kryterium trafności,
- kryterium rzetelności,
- kryterium czułości,
- kryterium reproduktywności [16].

Kwestionariusz do oceny jakości życia musi być:

- ✓ wyczerpujący (*coverage*) – zawierać pytania dotyczące każdego obiektywnego i subiektywnego czynnika, który odgrywa rolę w badanej populacji i może ulec zmianie pod wpływem każdej interwencji;
- ✓ niezawodny (*reliability*) – wskazywać takie same wyniki w podobnych warunkach;
- ✓ przydatny (*validity*) – mierzyć założoną wartość;
- ✓ czuły (*responsivness*) - w wykrywaniu zachodzących zmian;
- ✓ odpowiednio wyskalowany (*sensivity*) – odzwierciedlać prawidłowo zmiany w jakości życia [16].

Podsumowanie

W świetle powyższych rozważań nad problematyką jakości życia pogląd Jaracz, że dotychczas nie wypracowano żadnego uniwersalnego, a jednocześnie doskonałego narzędzia badawczego do oceny jakości życia - jest uzasadniony [17]. Mnogość kwestionariuszy do oceny jakości życia może powodować trudności w porównywaniu wyników badań i uogólnianiu wniosków. Zbliżenie koncepcji teoretycznych oraz integracja stanowisk nie tylko w perspektywie nauk społecznych, ale i nauk medycznych w znacznej mierze wzbogaciłaby analizy jakości życia. Badacze postulują stworzenie zintegrowanej, wyczerpującej a jednocześnie na tyle ścisłej koncepcji jakości życia, aby uczynić je pojęciem naukowym i sprostać wymogom komunikowalności i powtarzalności naukowej [18, 19].

Piśmiennictwo

1. Sokolnicka H., Mikuła W.: Medycyna a pojęcie jakości życia. *Medycyna Rodzinna*, 2003, 24, 126–128.
2. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia*, 2002, 1, 77–99.
3. Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHO- QOL Bref [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, Wołowicka L. (red.). Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001, 117–127, 231–238.
4. Leplege A.L., Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*, 1997, 278(1), 47–50.
5. Rybczyńska D.: *Jakość życia pokolenia wstępującego*. WSP, Zielona Góra 1995, 16.

6. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 25-31.
7. Zandecki A.: Wykształcenie a jakość życia: dynamika orientacji młodzieży szkół średnich. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
8. Czapiński J.: Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej. Akademos, Warszawa-Poznań, 1992.
9. Kowalik S.: Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne [w:] Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych, Bańka A, Derbis R (red). Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego, Poznań, 1995, 75-85.
10. Wnuk M i wsp.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(1), 10-16.
11. Goffron A.: Zagadnienie „jakości życia” w koncepcji pedagogicznej B. Nawroczyńskiego [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Bańka A., Derbis R. (red). UAM, Poznań, 1994, 63-77.
12. Rabenda-Bajkowska L.: Jakość życia w koncepcjach teoretycznych i w badaniach. *Studia Socjologiczne*, 1979, 3, 135-149.
13. Kaleta A.: Jakość życia młodzieży wiejskiej i miejskiej: studium podobieństw i zróżnicowań międzyśrodowiskowych. UMK, Toruń, 1998.
14. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12(2), 141-145.
15. Leppert W., Floryska M., de Walden-Gałuszko K., Majkowiec M., Buss T.: Jakość życia u chorych na nowotwory-zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*, 2014, 1, 17-29.
16. Frost M. H., Bonomi A., Capelleri J., Shunemann H. J., Moyninan T., Aaronson N.K.: Kwestionariusze oceny jakości życia w praktyce klinicznej. *Medycyna po Dyplomie*, 2008, 17, 4.
17. Wołowicka L., Jaracz K. i wsp.: Jakość życia pacjentów po wybranych stanach krytycznych leczonych w intensywnej terapii. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, 1997, 9, 158-160.
18. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17, (2), 123–127.
19. Delibegovic A., Sinanovic O., Galic G., Sabic A., Sabic D.: The Influence of Palliative Care on Quality of Life in Patients with Lung Cancer. *Mater Sociomed*, 2016, 28(6), 420–423.

**Modzelewska Patrycja¹, Chludzińska Sylwia¹, Ładny Robert Jerzy²,
Lewko Jolanta³, Sierżantowicz Regina⁴**

1. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Metodyka oceny jakości życia w chorobach nowotworowych

Wprowadzenie

Początku zainteresowania pojęciem jakości życia można szukać już w czasach starożytnych. Myśliciele tacy jak Hipokrates czy Arystoteles próbowali dociec co jest fundamentem, szczęśliwego, satysfakcjonującego życia [1]. W czasach współczesnych termin jakości życia pojawił się po raz pierwszy po II Wojnie Światowej w Stanach Zjednoczonych, gdzie kojarzył się wyłącznie z dobrostanem materialnym. Dopiero ze względu na zainteresowanie wartościami odnoszącymi się do Frommowskiego „być” zamiast „mieć” został rozszerzony na nowe obszary ludzkiego funkcjonowania. Ze zmianą tą szło w parze zainteresowanie subiektywnymi kryteriami jakości życia na rzecz obiektywnych warunków związanych z egzystencją. Badania w zakresie obiektywnej jakości życia były związane z udoskonalaniem pomiaru dobrobytu ekonomicznego, który został poszerzony o kwestie społeczne i środowiskowe. Próby konstruowania pierwszych narzędzi pomiarowych zaczęły się już w latach międzywojennych, zostały rozwinięte w latach pięćdziesiątych, a przeżywały swoje apogeum w latach sześćdziesiątych XX wieku. Znaczący wkład w dorobek metodyczny związany z obiektywizacją pomiaru jakości życia miały badania statystyczne, identyfikujące pojęcie jakości życia ze społeczno – ekonomicznymi warunkami życia, a przede wszystkim stopniem zaspokojenia potrzeb. Od tamtej pory rosło zainteresowanie środowiskowymi

cechami jakości życia, które osiągnęło swój szczyt w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku [2].

Przełomowym wydarzeniem dla rozpowszechnienia badań nad jakością życia był projekt badawczy zainicjowany w 1971 roku przez Cambella, którego celem był pomiar zadowolenia z własnego życia w populacji mieszkańców Stanów Zjednoczonych [2, 3]. Campbellowi i jego współpracownikom udało się opracować narzędzie pomiarowe, które pozwalało na pomiar globalnego wskaźnika jakości życia, poprzez zsumowanie ocen konkretnych sfer życia człowieka, było ono łatwe w użyciu, umożliwiało badanie dużych grup ludzi, ale posiadało też podstawowe cechy psychometrycznego narzędzia pomiarowego tj. było wystandaryzowane, rzetelne i trafne [3]. Efektem badań było wprowadzenie analogicznych do ekonomicznych wskaźników egzystencji ludzkiej dotyczących psychologicznych aspektów funkcjonowania. Poprzez użycie miar ilościowych w odniesieniu do większej społeczności, umożliwiono ocenę zmian dokonujących się w sferze psychologicznej respondentów. Cambell udowodnił, że „w pomiarze zadowolenia z życia wskaźniki opisujące warunki życia nie mogą zastępować wskaźników odnoszących się do doświadczeń”. Związek między obiektywnymi warunkami życia a zadowoleniem z życia okazał się niejednoznaczny, co potwierdzało, że wraz ze wzrostem obiektywnych warunków życia nie zawsze idzie w parze subiektywne odczucie zadowolenia czy szczęścia. Chociaż Cambell nie był prekursorem badań związanych z pomiarem subiektywnej oceny zadowolenia z życia, to jednak popularność jego metody spowodowała rozwój badań nad jakością życia i stała się przyczynkiem do tego typu pomiarów w ochronie zdrowia [2].

Pojęcie jakości życia w medycynie

Jakość życia w medycynie pojawiła się z początkiem jej postępu, która początkowo sprowadzała się do ratowania życia chorego często kosztem jego wieloletniej wegetacji [2]. Przez stulecia podstawowym celem medycyny, było wydłużenie czasu życia ludzi, w szczególności osób chorych – bez względu na stopień niezadowolenia i spadek jakości życia pacjenta. Było ono także istotnym kryterium poprawy poziomu opieki medycznej, dlatego dla wielu schorzeń przeżywalność stała się wyznacznikiem skuteczności prowadzonego leczenia. Postęp medycyny sprawił, że udało się wydłużyć czas życia pacjentów z różnymi schorzeniami, ale jednocześnie zrozumiano, że sam czas życia pacjenta jest niewystarczającym miernikiem skuteczności leczenia. Medycyna stanęła przed kolejnym zadaniem, jakim jest poprawa jakości wydłużonego życia. Zainteresowanie jakością życia dało szansę nie tylko na przeanalizowanie poszczególnych metod terapeutycznych pod

względem ich realnej wartości i skuteczności, ale także umożliwiało poszukiwanie w ich obrębie wspólnych elementów odpowiedzialnych za ich korzystny wpływ na proces leczenia. Na podstawie badań dotyczących szczególnie osób przewlekle chorych stwierdzono, że istnieją aspekty zdrowia, których nie można ująć posługując się jedynie parametrami epidemiologicznymi, czy funkcjonalnymi. W grupie chorych po udarze mózgu wykazano na przykład, że chorzy ci pomimo odzyskania sprawności funkcjonalnej nadal doświadczają ograniczeń w pełnieniu ról społecznych i ponownej adaptacji do życia. Wykazano, że stosowane dotychczas wskaźniki epidemiologiczne, takie jak chorobowość, zapadalność i czas przeżycia oraz wskaźniki kliniczne i funkcjonalne stały się niewystarczające do oceny wielu chorób. Stało się tak, dlatego że na ocenę stanu osób chorujących mogą mieć wpływ różne zmienne, nie tylko ogólny stan zdrowia czy sprawność fizyczna, ale także dobrostan emocjonalny, możliwość uczestnictwa w życiu rodzinnym i społecznym. Dlatego do oceny następstw chorób wprowadzono również ocenę jakości życia. Wiadomo obecnie, że stan zdrowia i jakość życia są odrębnymi pojęciami. Jakość życia jest aktualnie istotnym i stosowanym równoległe z oceną kliniczną oraz funkcjonalną wyznacznikiem skuteczności terapii, powszechnie stosowanym podczas testowania nowych metod leczniczych wielu schorzeń [3].

Definicja jakości życia

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji jakości życia, co w konsekwencji stwarza możliwość wieloaspektowego ujęcia problemu. Mnogość tych definicji wynika najprawdopodobniej z faktu, że jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, którym zajmują się badacze z zakresu medycyny, psychologii, socjologii, filozofii oraz ekonomii społecznej [1]. Campbell w latach 70 - tych stwierdził, że na jakość życia składa się stopień zaspokojenia w określonych z góry dziedzinach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia. Definicja zdrowia z 1946 roku oraz definicja jakości życia podane w 1993 roku przez WHO stworzyły podstawy do nowego spojrzenia na tematykę zdrowia i choroby. Według WHO jakość życia to „spozostreganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami”. W oparciu o definicję jakości życia sformułowaną przez WHO w 1997 roku Saxena i Orley wyodrębnili czynniki, które składają się na jakość życia jednostki, a są to: zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi

ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba. Na bazie definicji WHO eksperci z 15 ośrodków w różnych krajach zajmujący się problematyką jakości życia skonstruowali i opublikowali w 1994 roku narzędzie do pomiaru jakości życia - kwestionariusz WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life Instrument) [3, 4, 5].

Rozwinięcie

Wybrane narzędzia badawcze stosowane najczęściej w ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia

Jakość życia jest wartością trudną do zmierzenia. Służą ku temu kwestionariusze będące narzędziami pomiaru. Oceniają one różne aspekty życia. Wyniki cząstkowe powstałe na skutek przypisania pewnej umownej wartości poszczególnym aspektom cząstkowym są sumowane, co w rezultacie daje łączną punktację. Pozwala to na porównanie korzyści płynących z zastosowanego leczenia [4].

Kwestionariusz WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF)

Kwestionariusz służy do oceny jakości życia zarówno u zdrowych, jak i chorych osób w praktyce klinicznej. Składa się z 26 pytań w 5 – stopniowej skali (bardzo zła; zła; ani dobra, ani zła; dobra; bardzo dobra). Dotyczy dziedzin jakości życia takich jak:

- funkcjonowanie fizyczne (domena 1): czynności dnia codziennego, poziom energii i zmęczenia, zależność od leków i leczenia, mobilność, dyskomfort i ból, sen i wypoczynek, zdolność do pracy;
- funkcjonowanie psychologiczne (domena 2): pozytywne uczucia, negatywne uczucia, wygląd zewnętrzny, samoocena, osobista wiara, duchowość, religia, uczenie się, myślenie, pamięć, koncentracja;
- relacje społeczne (domena 3): wsparcie społeczne, związki osobiste, aktywność seksualna;
- środowisko funkcjonowania (domena 4): bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne, zasoby finansowe, wolność, zdrowie i opieka zdrowotna, możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności, środowisko domowe, możliwość uczestniczenia w rekreacji i wypoczynku, transport, środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, klimat).

Dodatkowo w kwestionariuszu zawarte są dwa pytania dotyczące indywidualnej, ogólnej oceny jakości życia oraz indywidualnej, ogólnej percepcji własnego zdrowia [4, 6, 7].

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30)

Kwestionariusz EORTC QLQ-C30 jest skonstruowany przez Grupę Badawczą Jakości Życia powołaną przy Europejskiej Organizacji Badań i Leczenia Nowotworów (EORTC). Jest to podstawowe narzędzie do badania jakości życia w populacji pacjentów z chorobą nowotworową, który nie uwzględnia postaci, rodzaju i lokalizacji nowotworu. Składa się z 30 pytań do których oceny większości zastosowano 4 – stopniową skalę Likerta. Wyjątek stanowią dwa pytania dotyczące oceny stanu zdrowia i ogólnej jakości życia w których zastosowano skalę 7 – stopniową. Pomiar funkcjonowania pacjentów obejmuje: funkcjonowanie fizyczne, funkcjonowanie emocjonalne, funkcjonowanie w rolach społecznych, funkcjonowanie poznawcze, funkcjonowanie społeczne i ogólną jakość życia. Ocena wpływu objawów na jakość życia obejmuje: zmęczenie, nudności i wymioty, duszność, ból, zaburzenia snu, zaparcia, biegunki i utratę apetytu.

Do oceny jakości życia związanej z specyfiką lokalizacji ogniska pierwotnego nowotworu tworzone są odrębne moduły np: rak płuc (QLQ-LC13), rak jelita grubego (QLQ-CR29), rak piersi (QLQ-BR23), przerzuty raka jelita grubego do wątroby (QLQ-LMC21) i inne [8, 9].

Kwestionariusz SF - 36 (Short Form Health Survey)

Kwestionariusz SF - 36 przeznaczony jest do subiektywnej oceny stanu zdrowia i składa się z 11 pytań, które zawierają 36 stwierdzeń oraz pozwalają określić 8 elementów: sprawność fizyczna, aktywność uwarunkowana zdrowiem fizycznym, dolegliwości bólowe, ogólna percepcja zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, aktywność uwarunkowana stanem emocjonalnym. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 domen i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia. Narzędzie to okazało się przydatne w porównywaniu względnego ciężaru choroby i zróżnicowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych podczas różnych zabiegów i w badaniu jakości życia populacji ogólnej [7, 10].

Kwestionariusz NHP (The Nottingham Health Profile)

Kwestionariusz NHP jest przeznaczony do ogólnej oceny stanu zdrowia pacjenta w obszarach fizycznym, psychicznym i społecznym. Składa się z 38 pytań podzielonych na

dwie części. Pierwsza odnosi się do sprawności ruchowej, witalności, zaburzeń snu, odczucia bólu, stanu emocjonalnego oraz izolacji społecznej. W drugiej części zastosowano 7 pojedynczych stwierdzeń dotyczących wpływu aktualnego stanu zdrowia na sfery życia pacjenta (hobby, praca zarobkowa, obowiązki domowe, życie rodzinne i towarzyskie, spędzanie czasu wolnego). W kwestionariuszu istnieją dwie możliwości odpowiedzi na pytania: tak lub nie. W tym narzędziu wykorzystano 100 – punktową skalę, w której im wyższy wynik, tym występuje więcej trudności dla pacjenta w poszczególnych sferach życia i obniża się poziom jakości życia [4, 7].

Kwestionariusz SIP (Sickness Impact Profile)

Kwestionariusz SIP składa się ze 126 pytań. Bada wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta oraz obejmuje sfery życia człowieka takie jak: higiena, komunikacja, sprawność fizyczna i intelektualna, sposób odżywiania, aktywność, codzienne obowiązki domowe, kontakty rodzinne i spędzanie wolnego czasu. Umożliwia określenie wpływu choroby na funkcjonowanie fizyczne czy psychospołeczne oraz samoocenę stanu zdrowia [4].

Indeks Jakości Życia Ferrans and Powers

Ferrans and Powers Indeks Jakości Życia ocenia jakość życia w sposób ilościowy. Składa się z dwóch części, gdzie każda z nich zawiera 36 pytań. Pierwsza część ocenia satysfakcję i zadowolenie z różnych aspektów życia (stan zdrowia, opieka zdrowotna, ból, witalność, kontrola nad własnym życiem, relacje rodzinne, życie seksualne, kontakty towarzyskie, hobby, samoocena wyglądu), natomiast druga ważność tych samych aspektów. Odpowiedzi są punktowane w 6 – stopniowej skali (1 – bardzo niezadowolony/ całkowicie nieważne, 6 – bardzo zadowolony/ bardzo ważne). Wyniki są obliczane pod kątem poziomu jakości życia w czterech dziedzinach: zdrowie i funkcjonowanie, funkcjonowanie psychologiczne/duchowe, społeczno – ekonomiczne oraz rodzinne [11].

Kwestionariusz Jakości Życia McGill (McGill Quality of Life Questionnaire)

Kwestionariusz jakości życia McGill jest narzędziem badającym jakość życia w odniesieniu do sfer funkcjonowania osoby chorej: fizycznej, psychicznej i społecznej. Składa się z 4 części. W części A badany ma za zadanie ocenić jakość swojego życia z uwzględnieniem wszystkich jego aspektów: fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz finansowego. W części B pacjent wymienia objawy fizyczne i ocenia poziom ich uciążliwości w funkcjonowaniu codziennym. Część C bada aspekty sfery psychicznej i

społecznej: rodzaje odczuć pozytywnych i negatywnych, stopień przystosowania do choroby, jakość kontaktów społecznych (np. odczucia depresji, zdenerwowania, smutku, obawa przed przyszłością, znaczenie własnego życia, kontrola nad własnym życiem, samoocena, wsparcie ze strony innych). Badany ma za zadanie wskazać odpowiedź która najlepiej opisuje jego odczucia i myśli. Odpowiedzi na pytania w tych częściach zawierają się między dwoma skrajnie przeciwnymi twierdzeniami. Właściwe cyfry odpowiadają natężeniu danej cechy: od minimalnego, poprzez średnie, aż po skrajne. Badany ma za zadanie wybrać cyfrę w skali 0 – 10, która najlepiej opisuje jego stan i odczucia. W części D chory ma wymienić czynniki, które jego zdaniem najbardziej wpływają na jego jakość życia, zarówno te sprzyjające, jak i pogarszające [11, 12].

Indeks Jakości Życia Spitzera (Spitzer's Quality of Life Index)

Indeks Spitzera stosowany jest w leczeniu onkologicznym i dobrze różnicuje pacjentów z różnymi rodzajami schorzeń w różnym stadium choroby. Narzędzie obejmuje 5 obszarów funkcjonowania pacjenta: aktywność, życie codzienne, zdrowie, wsparcie i wygląd. Do każdej pozycji dopasowane są trzy możliwości odpowiedzi. Punktacja obejmuje od 0 do 2 punktów dla każdego z 5 obszarów. Analizy można dokonać w odniesieniu do każdego z 5 obszarów lub całości skali. Podstawową zaletą Indeksu Spitzera jest prostota, szybkość wykonania i obliczania wyników [11].

Skala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Skala ESAS zawiera 10 wzrokowo – analogowych skal składających się z dwóch przeciwstawnych biegunów. Po lewej stronie: najmniejsze natężenie objawu, po prawej: największe natężenie objawu. Na skalach w miejscu, które jest najbardziej właściwe, pacjent zaznacza natężenie bólu, aktywności, nudności, depresji, lęku, senności, apetytu, samopoczucia, duszności i jednego dodatkowego objawu wymienionego przez chorego. W polskiej wersji dodano dwa często występujące objawy u pacjentów: zaparcie stolca i wymioty. Wypełnienie kwestionariusza trwa kilka minut, a w warunkach stacjonarnych wykonuje się je dwa razy dziennie w celu kontroli objawów. Narzędzie cechuje wysoka trafność i rzetelność [13].

Skala Akceptacji Choroby AIS (Acceptance of Illness Scale)

Skala Akceptacji Choroby zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne skutki złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do oceny ograniczeń narzuconych przez chorobę,

poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości, braku samowystarczalności: (np.: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę”, „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla mojej rodziny i przyjaciół”). Odpowiedzi pacjenta w każdym stwierdzeniu są punktowane w 5 - stopniowej skali, od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów, od 8 do 40. Niski wynik oznacza brak akceptacji i duże problemy emocjonalne związane z chorobą, wysoki natomiast pokazuje dobrą akceptację własnej sytuacji zdrowotnej. Wyniki grupuje się w trzy przedziały punktowe. Rezultat poniżej 30 punktów jest odczytywany jako „słaba akceptacja choroby”, równy 35 punktom i więcej – jako „bardzo dobra akceptacja”, a wynik pomiędzy tymi wartościami - jako „średnia akceptacja” choroby [14].

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini – MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale)

Narzędzie może służyć do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej, lecz również do ujęcia zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji. Składa się z 29 stwierdzeń i mierzy cztery sposoby radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe (dotyczące lęku związanego z chorobą i postrzeganiu samej choroby jako zjawiska niepokojącego, niekontrolowanego i zagrażającego), ducha walki (postrzeganie choroby jako wyzwania i aktywne działanie np. poszukiwanie terapii zastępczych takich jak podróże czy aktywność fizyczna), bezradność–beznadziejność (przejawiająca się poczuciem zagubienia i bezsilności, a także wycofaniem z życia i rezygnacją z aktywności zawodowej), pozytywne przewartościowanie (zmiana nastawienia do życia i docenienie jego wartości w obliczu choroby). Zaabsorbowanie lękowe i bezradność – beznadziejność stanowią bierny styl radzenia sobie z chorobą, a dwa pozostałe wymiary dotyczą aktywnego stylu zmagania się z chorobą. Każde pytanie zawarte w teście Mini – MAC oceniane jest przez badanego w 4 – stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Punkty dla każdej ze strategii zliczane są oddzielnie na podstawie sumowania wyników uzyskanych w konkretnych stwierdzeniach, a ostateczny wynik może wynosić od 7 do 28 punktów. Im wyższy jest wynik, tym silniejsze jest nasilenie zachowań charakterystycznych dla danej strategii zmagania się z chorobą [15, 16].

Skala Satysfakcji z Życia SWLS (Satisfaction with Life Scale)

Skala Satysfakcji z Życia składa się jedynie z 5 stwierdzeń ocenianych w 7 – stopniowej skali (W większości aspektów moje życie jest bliskie mojemu ideału.; Warunki mojego życia są doskonałe; Jestem zadowolony ze swojego życia; Jak dotąd osiągam ważne cele, których pragnę w życiu; Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, prawie niczego bym nie zmienił). Ocenia satysfakcję z życia wyrażającą się w poczuciu zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków [16].

Skala Depresji i Lęku HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Celem narzędzia jest ocena występowania i nasilenia negatywnych emocji w postaci lęku i depresji w grupie chorych niepsychiatrycznych. Skala HADS składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji: 7 pozycji badających lęk i 7 pozycji odnoszących się do stanów depresyjnych. Każda z nich dotyczy aktualnego stanu pacjenta, które może być ocenione w zakresie od 0 do 3 punktów. W wynikach wyodrębnia się następujące kategorie: 0 – 7 pkt brak zaburzeń; 8 – 10 pkt stany graniczne; 11 – 21 pkt zaburzenia [17].

Indeks stanu sprawności Karnofsky’ego (The Karnofsky Performance Status)

Metoda ta służy do określenia funkcjonowania fizycznego za pomocą metrycznej oceny stopnia funkcjonalnej samodzielności, wyrażonej w postaci jednej liczby. Ocena ta zawiera się na skali od 0% do 100%. Przyjmuje się założenie, że wyższe wartości skali odpowiadają lepszej sprawności i wyższej jakości życia [17].

Podsumowanie

Badania nad jakością życia stanowią podstawę subiektywnej oceny stanu chorych w opiece medycznej. Pozwalają na uzyskanie cennych informacji od samych pacjentów, dotyczących nie tylko objawów choroby i skutków niepożądanych prowadzonego leczenia, lecz także oceny wymiaru psychologicznego, socjalnego i duchowego. W badaniach jakości życia prowadzonych u pacjentów należy uwzględnić stan ogólny i wiele dokuczliwych objawów, które mogą powodować trudności w wypełnianiu kwestionariuszy i stanowić dodatkowe obciążenie dla chorych. Z tych powodów stosowane narzędzia powinny być krótkie i zrozumiałe, a prowadzący badania powinni uwzględniać stan kliniczny pacjentów. Oprócz zastosowania w codziennej praktyce klinicznej ocena jakości życia stanowi istotny

element badań klinicznych prowadzonych u chorych onkologicznych i objętych opieką paliatywną, a także ważne źródło postępu w leczeniu przyczynowym i objawowym nowotworów. Celem opieki paliatywnej, a w istotnej części także leczenia choroby nowotworowej, jest poprawa i utrzymanie możliwie najwyższej jakości życia chorych, rodzin i opiekunów z uwzględnieniem interdyscyplinarnego i holistycznego charakteru opieki onkologicznej [17, 18].

Piśmiennictwo

1. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 25 – 31.
2. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93 (1), 21-26.
3. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12(2), 141-145.
4. Kukielczak A.: Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2012, 66, 539-545.
5. Kochman D.: Koncepcje teoretyczne jakości życia. *Zdrowie Publiczne*, 2017, 117, 242-248.
6. Krzysztozek J., Koligat D., Nowakowska E.: Przegląd systematyczny kwestionariuszy generycznych najczęściej wykorzystywanych w badaniach jakości życia w Polsce. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2015, 3 (44), 177-182.
7. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93(4), 632-638.
8. Zawisza K., Tobiasz-Adamczyk B., Nowak W. i wsp.: Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekologia Polska*, 2010, 81, 262-267.
9. Jabłońska I., Drabik U.: Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17 (2), 144–151.
10. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia Polska*, 2009, 67, 1166-1169.
11. Sokolnicka H., Mikuła W.: Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. *Medycyna Rodzinna*, 2003, 3-4, 129-131.

12. Golecka B.: Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Medycyna Rodzinna*, 2013, 2, 36-40.
13. Richardson L.A., Jones G.W.: A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Current Oncology*, 2009, 16(1), 55.
14. Mazurek J., Lurbiecki J.: Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2014, 36, 106-108.
15. Religioni U., Czerw A., Deptała A.: Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatria Polska. ONLINE FIRST*, 2015, 30, 1-13.
16. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S., Foltyn A.: Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1): 53-61 .
17. Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M., Buss T.: Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*, 2014, 1, 17–29.
18. Sierakowska M., Krajewska Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych — nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2004, 2, 23–27.

Szynkiewicz Ewa

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jakość życia w astmie oskrzelowej

Wprowadzenie

Astma jest złożoną, wieloczynnikową przewlekłą chorobą dróg oddechowych. Przewlekły charakter oraz uciążliwe dolegliwości charakteryzujące schorzenie znacznie ograniczają codzienną aktywność. Konsekwencje zdrowotne powodują częściową lub całkowitą niezdolności do wykonywania pracy oraz są przyczyną absencji chorobowych. Skutki społeczne oraz ekonomiczne schorzenia powodują obniżenie jakości życia oraz częste depresje.

Zagadnienie jakości życia rozpatrywane w wielu dziedzinach i obszarach funkcjonowania przyczynia się do upodmiotowienia chorego. Stanowi istotny element leczenia. Ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie kompleksowej opieki medycznej.

Rozwinięcie

Rozumienie pojęcia „*jakość życia*” zmieniało się na przestrzeni wieków. Początkowo utożsamiane było z byciem szczęśliwym. Definicja szczęścia w filozofii chińskiej opiera się na równowadze pomiędzy Yin i Yang, dwiema pierwotnymi i przeciwnymi, lecz uzupełniającymi się siłami obecnymi w całym wszechświecie.

W czasach starożytnych Hipokrates [1, 2] na podstawie licznych obserwacji i doświadczeń definiował szczęśliwe życie jako rezultat stanu równowagi pomiędzy nami a tym, co nas otacza. Jego zdaniem utrzymanie zewnętrznej równowagi występującej pomiędzy człowiekiem a jego otoczeniem ma wpływ na jego równowagę wewnętrzną. Dla Arystotelesa [1, 2] najważniejszą aspiracją człowieka było dążenie do eudajmonii, pojmowanej jako stan ducha, osiągnięty w momencie zrównoważonego zaspokojenia wszystkich swoich potrzeb, zarówno cielesnych, jak i duchowych.

Natomiast w wiekach średnich za cel i szczęście człowieka uważano życie pełne poświęcenia i wyrzeczeń. Dążenie do ascezy i cierpienia za życia po śmierci zapewniało życie wieczne [2].

Określenie *Quality of life (QOL)* stało się terminem powszechnie używanym w Stanach Zjednoczonych oraz krajach skandynawskich po zakończeniu II wojny światowej. Początkowo oznaczało dobre życie i było używane dla określenia poziomu rozwoju cywilizacyjnego na podstawie posiadanych dóbr materialnych (samochody, domy, standard wyposażenia mieszkań, ilość pieniędzy przeznaczona na wiek emerytalny itp.). W latach 60-tych zakres tego pojęcia objął także takie sfery jak: wykształcenie, wolność osobistą, emocje, satysfakcję z różnych sfer życia, czas wolny. Włączono tu również pewne wskaźniki negatywne będące następstwem przemian ekonomicznych (wzrost przestępczości). Przełom lat 70-tych i 80-tych XX wieku spowodował wzmożone zainteresowanie pomiarem *QOL* w badaniach socjologicznych, psychologicznych oraz medycznych [2, 3, 4, 5, 6].

W codziennym życiu jakość życia jednostki jest utożsamiana z satysfakcją życiową, poczuciem szczęścia, zaspokojeniem potrzeb, spełnieniem pragnień oraz dobrostanem. Jest efektem wychowania, który trwa przez całą egzystencję. Jakość życia danego człowieka zależy od wielu różnorodnych czynników. Kształtuje ją przyjęta filozofia życiowa, ustalona hierarchia wartości oraz oczekiwania związane z własnym istnieniem [3].

Jakość życia jest pojęciem trudnym do precyzyjnego sformułowania ze względu na swoją wielowymiarowość, subiektywny aspekt oraz dynamikę. Pomimo ogromnego zainteresowania tym tematem od ponad 30 lat nie udało się stworzyć definicji, która by spełniała bez zastrzeżeń wymagania zarówno psychologów, socjologów, pedagogów, jak i przedstawicieli nauk medycznych. Różnorodność koncepcji przedstawia Tabela I.

Tabela I. Jakość życia w ujęciu interdyscyplinarnym [7]

DZIEDZINA NAUKI	ZAŁOŻENIA JAKOŚCI ŻYCIA
PSYCHOLOGIA	Wyznacza szeroko rozumiane poczucie zadowolenia (dobrostanu) oraz szczęścia danej jednostki
ANDRAGOGIKA	Określa hierarchię wartości, celów, aspiracji życiowych zarówno pojedynczego człowieka jak, i grup społecznych
SOCJOLOGIA	Analizowana w oparciu o wskaźniki (normy społeczne wyznaczające jakość, system wartości i zasady życia społecznego)
EKONOMIA	Wyrażana przez pryzmat standardowych indeksów, cech i wskaźników <i>QOL</i> (biorąc za wzorzec koszt dóbr i usług, minimum socjalne, stopień konsumpcji, zakres potrzeb na poziomie podstawowym oraz świadczenia socjalne)

Jedną z najbardziej wyczerpujących taksonomii pojęcia *QOL* podała w 1995 roku M. Farquhar [2, 3, 8, 9], dzieląc definicje na dwie zasadnicze grupy: definicje sformułowane przez ekspertów (globalne, złożone, specyficzne i mieszane) oraz potoczne, określone przez laików.

Definicje globalne w sposób uniwersalny określają *QOL*, odnosząc się do subiektywnej całościowej oceny istnienia ludzkiego, satysfakcji życiowej, dobrostanu w różnych sferach życia. Przykładem mogą być definicje Dalke'ego i Rurka oraz Andrews [1, 8, 9].

Definicje złożone uwzględniają globalną i cząstkowe oceny obszarów życia człowieka. W 1992 roku Ferrans i Powers [8, 9], autorzy definicji, określili *QOL* jako dobrostan będący wynikiem satysfakcji z ważnych dla jednostki dziedzin życia.

Trzeci typ to definicje specyficzne określające poszczególne obszary życia. Możemy do nich zaliczyć definicję jakości życia uwarunkowaną stanem zdrowia, której wyznacznikiem jest subiektywna ocena stanu zdrowia i następstw choroby oraz towarzyszących jej objawów [2, 8, 9].

Definicje mieszane, określane jako nadrzędne, łączą w sobie elementy definicji typu pierwszego i drugiego. Przykładem jest definicja jakości życia sformułowana przez Światową Organizację Zdrowia (*WHO*), podkreślająca jej wielowymiarowość i subiektywizm. Opisuje jakość życia jako „*postrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami*” [10]. W oparciu o tę definicję kilkunastu ekspertów zajmujących się problematyką *QOL* skonstruowało i opublikowało w 1994 roku kwestionariusz *World Health Organization Quality of Life Questionnaire - 100 (WHOQOL - 100)* [1, 3, 4, 6, 8, 10, 11].

Drugą grupą definicji jakości życia według M. Farquhar są definicje potoczne, tworzone i używane przez laików. Dla tych badaczy *QOL* jest pojęciem tak dalece subiektywnym, iż ujęcie jej w formie norm i standardów nie jest możliwe [2, 3, 8].

Jakość życia w medycynie może mieć wymiar obiektywny i subiektywny. Na analizę wskaźników obiektywnych wpływa status socjoekonomiczny, satysfakcja życiowa, aktywność, środowisko, fizyczne i psychiczne samopoczucie, wskaźniki społeczne oraz integracja socjalna. Subiektywny wymiar odzwierciedla postrzeganie jakości życia i satysfakcji z niego przy uwzględnieniu osobistej ważności nadanej przez badanego [2, 3, 6, 11, 12].

Badania nad jakością życia pozwoliły na wyróżnienie dwóch jej rodzajów: jakości życia niezależnej od stanu zdrowia (*non HRQOL*) oraz jakości życia zależnej od stanu zdrowia (*HRQOL*) [1, 2, 5].

Wielowymiarowe pojęcie *QOL* jako paradygmat dla zdrowia podlega oddziaływaniom wielu różnorodnych czynników [4]. Łączone z wartościami egzystencjalnymi jest intuicyjnie dla wszystkich zrozumiałe. Pomimo różnorodnego definiowania nadal nie ma jednoznacznej, powszechnie uznawanej przez wszystkich badaczy i praktyków koncepcji.

Na początku lat 90-tych XX wieku wprowadzono pojęcie *Health Related Quality of Life (HRQL)*. Schipper i jego współpracownicy sformułowali jednolitą definicję, określając je jako „*funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta*” [6, 13, 14, 15]. Definicja *HRQOL* obejmuje 4 główne dziedziny życia: stan fizyczny i sprawność ruchową (poziom ogólną energii życiowej), stan psychiczny (funkcjonowanie poznawcze i emocjonalne), sytuację społeczną (pełnienie ról, wsparcie społeczne), warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (objawy choroby, odczuwany ból). Analizuje także sfery funkcjonowania ludzi chorych, biorąc pod uwagę seksualność, uczestnictwo w kulturze oraz duchowość. Zaznaczyć należy, że *HRQOL* zyskała miano kryterium obiektywnego. Miały na to wpływ zmienne funkcjonalne, które są powiązane z jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia [1, 2, 3, 5, 14]. Ze względu na znikomą ewentualność zmian w krótkim czasie unika się oceny takich elementów jak zabezpieczenie finansowe, stan cywilny, wolność oraz osobowość.

Problem jakości życia związanej ze zdrowiem w sposób pośredni został przedstawiony w definicji zdrowia sformułowanej przez *WHO*. Przedstawia ona zdrowie jako „*stan pełnego psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby*” [13, 14, 15, 16, 17]. Definicja wskazuje na subiektywny aspekt *QOL* oraz dziedziny mające szerszy wymiar niż choroba somatyczna [13].

Istnieją rozmaite techniki pomiaru jakości życia. Badanie wieloczynnikowe ma charakter jakościowy i zaliczane jest do pracochłonnych. Ocenia w sposób wnikliwy samopoczucie chorego. Uzyskane wyniki nie pozwalają jednak na prowadzenie badań porównawczych [1, 3].

Wydaje się, że najbardziej przydatne do tego celu są badania kwestionariuszowe, pozwalające na opis ilościowy w oparciu o uzyskany wynik punktowy. Dają możliwość porównania pomiędzy różnymi grupami chorych [17, 18]. W opinii A. Trojanowskiej [1] dobór kwestionariusza do badań nie jest sprawą prostą. Wybór uzależniony jest od celów badania, uwarunkowań zarówno społecznych, jak i kulturowych, stanu chorego oraz udziału

w badaniu. Kwestionariusze *QOL* objęte są prawami autorskimi. Zgoda autora na ich stosowanie jest *condicio sine qua non* rozpoczęcia eksperymentu. Rozpowszechnianiem formularzy zajmują się sami autorzy lub upoważnione przez nich jednostki [1, 3].

Podczas przeprowadzania pomiarów jakości życia kluczowe znaczenie ma zastosowana metodologia. Dobór stosowanych metod wpływa na uzyskaną ocenę *QOL*. Kluczowe kryteria wyboru tych metod można ująć w obszarach psychometrycznych i pozapsychometrycznych. Podstawowe kryteria psychometryczne oceny zastosowanych metod obejmują oszacowanie rzetelności (*reliability*) oraz trafności (*validity*). Rzetelność odnosi się do dokładności wyniku pomiaru. Trafność pozwala określić czy zastosowane narzędzie (*index*) mierzy to, do czego zostało utworzone [17, 19, 20, 21]. Kryteria pozapsychometryczne tworzą listę poleceń do spełnienia, przy uwzględnieniu doboru właściwej metody badania jakości życia. Podczas omawiania metodologii konieczna jest znajomość takich terminów jak: item, skala, domena oraz kwestionariusz (*index*). Item oznacza pojedyncze pytanie. Domena (wymiar, sfera, płaszczyzna, obszar, determinanta) jest określoną dziedziną lub zakresem objętym uwagą. Natomiast kwestionariusz lub *index* zawiera zestaw itemów niezbędnych do otrzymania rzeczowych danych [19]. Schorzenia dotyczą osób w różnym wieku, dlatego też formularze jakości życia zostały opracowane dla dorosłych, dzieci oraz opiekunów dzieci chorych.

Kwestionariusze służące do weryfikacji *QOL* możemy podzielić na dwie grupy: ogólne i specyficzne [1, 3]. Kwestionariusze ogólne (*generic scales*) służą do pomiaru jakości życia w różnorodnych schorzeniach. Najczęściej uwzględniają kilka dziedzin. Mają zastosowanie podczas porównania i oceny jakości życia różnych grup badanych oraz dużych społeczności. Pozwalają na pomiar globalny i parcjalny, oceniają wpływ objawów chorobowych na *QOL* ludzi. Wadą przeprowadzonych badań przy użyciu skal generycznych jest mała czułość na powstałe specyficzne zmiany spowodowane przez dane schorzenie [16, 17, 22].

Przykładem tych skal są [1, 3, 8, 20, 23, 24, 25, 26]:

- *World Health Organization Quality of Life Instrument - 100* (*WHOQOL - 100*),
- *Sickness Impact Profile 136 - (SIP)* [17, 24]

Zawiera 136 pytań ujętych w domenach: fizycznej i psychologiczno - socjalnej. Wykorzystywany do samooceny stanu zdrowia przez badanego. Uzyskanie wyższej punktacji (w skali 1 - 100) oznacza gorszą jakość życia.

- *Short Form Health Survey - (SF - 36)* [4, 17, 21, 24]

Kwestionariusz zawiera 36 pytań. Składa się z 8 skal (funkcjonowanie fizyczne, społeczne, ograniczenie ról spowodowane przez problem fizyczny, ograniczenie ról spowodowane przez problem emocjonalny, zdrowie umysłowe, witalność, ból, ogólne postrzeganie zdrowia). Ocenia funkcjonowanie pacjenta przez ostatnie cztery tygodnie.

- *Indeks jakości życia Ferrans i Powers w wersji generic* [4]

Składa się z 34 pozycji zgrupowanych w 2 obszarach: satysfakcji badanego z różnych dziedzin życia oraz przywiązania do tych dziedzin życia. Odpowiedzi umieszczane są na 6 - punktowej skali Likerta.

- *Nottingham Health Profile - (NHP)* [4,17]

Kwestionariusz podzielono na dwie części: pierwsza składa się z 6 pozycji: ból, fizyczna ruchliwość, sen, reakcje emocjonalne, energia, społeczna izolacja. Kolejna zawiera problemy ujęte w 7 płaszczyznach: praca zawodowa, prace domowe, stosunki osobiste, życie społeczne, życie płciowe, hobby oraz urlop. Wyższy wynik oznacza gorszą jakość życia.

- *Euro - Quality of Life Questionnaire (EQ - 5D)* [4, 21]

W jej skład wchodzi: kwestionariusz oceny stanu zdrowia (*EQ Index*) oraz skala *Visual Analogue Scale - VAS (EQ - VAS)*. Kwestionariusz zbudowany jest z kilku domen: sprawność fizyczna, troska o siebie, codzienna aktywność (praca, nauka, obowiązki domowe, rodzina, wypoczynek), ból/dyskomfort oraz lęk/depresja. Odpowiedzi umieszczone są na skali od minimum do maksimum.

Kwestionariusze specyficzne stosowane są w ocenie osób z określonymi schorzeniami. Zostały podzielone na dwie kategorie. Pierwsza z nich obejmuje konkretne obszary funkcjonowania człowieka (*domain specific*). Kolejna ogniskuje się wokół zjawisk związanych z chorobą (*disease specific*) [3, 16, 17, 23]. Do najczęściej stosowanych kwestionariuszy badających jakość życia chorych na astmę należą:

- *Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)* [20,23]

Autorstwa G.H. Guyatt'a i wsp. z 1987 roku. Zbudowany z 20 pytań obejmujących cztery sfery życia: duszność, zmęczenie, zaburzenia emocjonalne oraz umiejętność radzenia sobie w chorobie.

- *St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)* [16, 17, 23, 24, 25]

Opracowany w 1991 roku przez Jonesa i wsp., przeznaczony do samodzielnego wypełnienia przez pacjenta. Koncentruje się na wpływie astmy i przewlekłej

obturacyjnej choroby płuc (POCHP) na funkcjonowanie chorego. Składa się z 76 pytań. Jest zbudowany z trzech części dotyczących: dolegliwości związanych z chorobą, aktywności fizycznej i jej zakresu, występujących ograniczeń oraz wpływu choroby na życie. Swoim zakresem nie obejmuje objawów depresyjnych i lęku chorego.

- *Asthma Severity Scale (ASS)* [16, 17, 18, 24]

Początkowo opracowana tylko dla dzieci, obecnie jest dostępna także w wersji dla dorosłych. Zawiera siedmiostopniową skalę kontrolującą przebieg choroby. Zalecana w celu uzyskania subiektywnej oceny stopnia ciężkości choroby. W celu uzyskania właściwej oceny wskazane dodatkowe badanie innymi kwestionariuszami.

- *Living with Asthma Questionnaire (LWAQ)* [16, 17, 18, 22, 23, 24]

Przeznaczony dla osób dorosłych, najczęściej stosowany w celu oceny przebiegu terapii. Utworzony w 1991 roku przez Hylanda i współpracowników. Zawiera 68 pytań, które oceniają 11 dziedzin życia. Zalecany w przypadku długofalowych badań nad *QOL* do oceny przebiegu leczenia. Formularz może być wypełniany samodzielnie przez pacjenta lub przez lekarza. Czas niezbędny do wypełnienia kwestionariusza 20 minut.

- *Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)* [16, 18, 22, 23, 24, 25]

Opracowany w 1992 roku przez Elizabeth Juniper i współpracowników z Uniwersytetu McMaster w Kanadzie, składa się z 32 pytań oceniających cztery płaszczyzny (objawy, emocje, ekspozycje na bodźce środowiskowe, zaburzenie aktywności fizycznej). Formularz zawiera pytania indywidualne, pozwalające pacjentowi na samodzielną ocenę zaburzonych przez chorobę obszarów. W badaniach osób dorosłych stosuje się Kwestionariusz Badający Jakość Życia Osoby z Astmą (*AQLQ*) oraz *mini AQLQ* (wersja skrócona). Dostępna jest wersja z czynnościami standaryzowanymi *AQLQ (S)*. Czas badania 10 minut.

- *Outcome Measures in Ambulatory Care (Asthma and Diabetes) (OMAC)* [16, 17, 22, 24]/

Kwestionariusz ma zastosowanie zarówno u chorych na cukrzycę, jak i astmę. Składa się z pytań dotyczących kontroli występowania objawów związanych z terapią (powikłań oraz cech jatrogennych). Bada subiektywną ocenę ciężkości choroby, podejmowaną aktywność, zaburzenia snu i nastroju, aspekty psychospołeczne.

- *Asthma Symptom Checklist (ASC)* [18, 22, 24]
Zawiera 36 pytań. Pozwala uzyskać dane przedstawiające nasilenie dolegliwości podczas zaostrzenia choroby.
- *Asthma Self Efficacy Scale (ASES)* [18, 24]
Dostępny tylko w oryginalnej wersji angielskiej, zawiera 80 pytań.

Podsumowanie

Badania jakości życia są cennym źródłem informacji o badanym. Pozwalają na uzyskanie znacznej liczby danych rozpatrujących różne dziedziny i aspekty życia chorego. Identyfikują zagrożenia, pozwalają na wybór właściwego sposobu terapii, indywidualizują proces leczenia. Stanowią wyznaczniki do planowania oraz realizowania holistycznej opieki dla poszczególnych chorych lub grup pacjentów. Przyczyniają się do oszacowania analiz ekonomicznych w oparciu o zastosowane procedury medyczne. Wskazują na zmiany zachodzące w czasie. Różnicują chorych, dając możliwość przewidywania następstw schorzenia w przyszłości [27].

Celem wszelkich terapii jest uzyskanie wyzdrowienia lub zadowalających efektów w dziedzinach zarówno medycznej jak i pozamedycznej. W przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym zwłaszcza u chorych z wieloma rozpoznaniami, nie zawsze jest możliwe osiągnięcie założonych celów medycznych. Realizacja pozamedycznych aspektów jest czasami postrzegana jako istotniejsza. Umożliwia poprawę jakości życia chorych.

Piśmiennictwo

1. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdrowie Publiczne*, 2011, 121, 1, 99 – 103.
2. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych - systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46 (1), 25 – 31.
3. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17, 2, 123 – 127.
4. Kochman D.: Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdrowie Publiczne*, 2007, 117, 2, 242 – 248.
5. de Walden - Gałuszko K.: Jakość życia - rozważania ogólne [w:] *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, de Walden - Gałuszko K., Majkiewicz M. (red.). Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, 13 – 39.

6. Dziurawicz - Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. Psychologia jakości życia. Academica SWPS, Warszawa 2002, 1, 4, 77 – 100.
7. Zych A.: Demograficzne i indywidualne starzenie się. Wyd. Akademii Świętokrzyskiej, Kielce 2001.
8. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania. Current Problems of Psychiatry, 2011, 12, 2, 141 – 145.
9. Farquhar M.: Definitions of quality of life: a taxonomy. Journal of Advanced Nursing, 1995, 22, 502 – 508.
10. Kowalik S.: Pomiar jakości życia - kontrowersje teoretyczne [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Bańka A., Derbis R.: (red.). Uniwersytet Adama Mickiewicza WSP, Poznań - Częstochowa 1994, 47 – 50.
11. Gruszczyński W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie. Kwartalnik Ortopedyczny, 2004, 3, 151 – 155.
12. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości - dyskurs teoretyczny. Gerontologia Polska, 2006, 14, 4, 165 – 171.
13. Bidzan M.: Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Impuls, Kraków 2008, 55 - 73 .
14. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2006, 2, 1, 122 – 128.
15. Bujok G., Tombarkiewicz M.: Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jako nowy problem kliniczny. Wiadomości Lekarskie, 2005, 58, 1 – 2, 67 – 70.
16. Pierzchała W., Farnik - Brodzińska M.: Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. Alergia Astma Immunologia, 1997, 2, 4, 203 – 206.
17. Farnik - Brodzińska M., Pierzchała W.: Badania jakości życia w chorobach układu oddechowego. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1999.
18. Farnik - Brodzińska M., Pierzchała W.: Ocena jakości życia w chorobach alergicznych. Współ. Alergol. Info, 2008, 3, 1, 6 – 14.
19. Żelazny I., Nowicki R., Majkiewicz M. i wsp.: Jakość życia w chorobach skóry. Przewodnik Lekarza, 2004, 9, 60 - 65 .
20. Bryant D., Schunemann H., Brożek J. i wsp: Ogólne podstawy i zasady interpretacji punktów końcowych ocenianych przez pacjenta. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2007, 117, 4, 125 – 131.

21. Flokstra - de Blok B. M. J., Dubois A. E. J.: Quality of life in food allergy: valid scales for children and adults. *Curr. Opin. Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2009, 9, 3, 214-221.
22. Farnik - Brodzińska M., Pierzchała W.: Jakość życia chorych z astmą oskrzelową. *Choroby Układu Oddechowego*, 1999, 4, 1, 22 – 25.
23. Leynaert B., Soussan D.: Monitoring the quality - of - life in allergic disorders. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 2003, 3, 177 – 183.
24. Madaj A., Ziora D., Kozielski J.: Badanie jakości życia dzieci chorych na astmę oskrzelową. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2004, 72, 56 – 61.
25. Lewandowska K., Kuziemski K., Górską L. i wsp.: Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową. *Polska Medycyna Paliatywna*, 2006, 5, 2, 71 – 75.
26. Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A.: Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. *Advnces in Clinical and Experimental Medicine*, 2007, 16, 1, 173 – 178.
27. Tylka J.: Czy badanie jakości życia jest dobrym kryterium oceny skuteczności rehabilitacji? *Rehabilitacja Medyczna*, 2003, 7, 4, 50 – 53.

ROZDZIAŁ II

JAKOŚĆ ŻYCIA

W

NAUKACH MEDYCZNYCH

Łagoda Katarzyna, Bachórzewska – Gajewska Hanna

Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia pacjentów w wybranych chorobach układu sercowo-naczyniowego

Wprowadzenie

Jakość życia (ang. *quality of life, qol*) jest pojęciem interdyscyplinarnym, będącym przedmiotem zainteresowania nauk medycznych, społecznych i humanistycznych. W naukach medycznych powstało wiele pojęć jakości życia. W 1994 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) powołała sekcję World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), która zdefiniowała jakość życia jako „indywidualną percepcję własnej pozycji życiowej z uwzględnieniem warunków kulturowych, systemu wartości w powiązaniu z osobistymi celami, oczekiwaniami, normami, problemami. Wpływa na nią w złożony sposób wiele czynników, m.in.: zdrowie fizyczne, relacje z innymi ludźmi i ważne dla danej osoby cechy środowiska” [1]. Niezależnie od definicji wszyscy podkreślają, że ocena i percepcja jakości życia mają wymiar subiektywny, indywidualny i zależą od wielu czynników zależnych i niezależnych od chorego. Aktualnie uważa się, że koncepcja oceny jakości życia stanowi istotny element opieki medycznej, ponieważ koncentruje się nie na leczeniu choroby, lecz zwraca uwagę na odczuwane dolegliwości i ich wpływ na życie pacjenta.

Rozwinięcie

W ostatnich latach obserwuje się znaczne wydłużenie życia i starzenie się społeczeństwa, co stanowi wyzwanie ekonomiczne, kulturowe i społeczne dla opieki medycznej i socjalnej. Proces starzenia się społeczeństwa wyznacza kierunki opieki medycznej, zwłaszcza długoterminowej. Społeczne skutki wydłużania życia społeczeństwa to nie tylko problem rosnących kosztów zabezpieczenia społecznego, lecz również organizacji właściwej opieki medycznej, zapewnienia wysokiej jakości życia, zagospodarowania czasu. Wraz z problemem starzenia się społeczeństwa wzrasta systematycznie liczba osób z chorobami przewlekłymi, w tym z chorobami sercowo-naczyniowymi.

Choroby układu krążenia stanowią w skali światowej przyczynę zgonów ponad 17 mln ludzi rocznie. Wg WHO śmiertelność z powodu schorzeń kardiologicznych w roku 2020 wyniesie około 20 mln rocznie i będzie główną przyczyną zgonów. Mimo intensywnych działań profilaktycznych, kampanii informacyjnych w mediach i obserwowanej w ostatnich latach 30% zmniejszenia liczby przedwczesnych zgonów w wyniku zawału, choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią nadal główną przyczynę umieralności.

Zaburzenia rytmu serca a jakość życia

Jedną z najczęściej występujących arytmii nadkomorowych jest migotanie przedsionków (MP). Szacuje się, że w Polsce na MP choruje od 400 do 600 tys. osób. Częstość występowania tego zaburzenia wzrasta wraz z wiekiem i wynosi 4% u osób do 60 roku życia i 17,6% u osób w wieku powyżej 85 lat. Napadowe migotanie przedsionków jest chorobą bardzo uciążliwą, obarczoną dużą liczbą powikłań zakrzepowo-zatorowych, w tym: niedokrwiennego udaru mózgu, zawału serca, niewydolności serca, a także nagłego zgonu. Powikłania MP zwiększają częstość hospitalizacji pacjentów a także koszty opieki medycznej [2]. Obniżoną jakość życia pacjentów z migotaniem przedsionków potwierdza wiele badań. Najczęściej stosowanym przez badaczy narzędziem do oceny jakości życia pacjentów z migotaniem przedsionków jest kwestionariusz generyczny *SF-36 (The Short Form 36 Health Survey)*. Zastosowanie mają także kwestionariusze specyficzne dla tego schorzenia tj. *Atrial Fibrillation Severity Scale, Symptom Checklist Frequency and Severity, Karolinska Questionnaire* [3]. Do pogorszenia jakości życia dochodzi zarówno w przypadku napadowego jak i utrwalonego migotania przedsionków [4,5]. W ostatnich latach coraz częściej stosuje się u tych chorych leczenie interwencyjne. Bubien i wsp. [6] analizowali wpływ ablacji łącza przedsionkowo-komorowego z następczą implantacją elektrostymulatora serca na qol. Obserwacją objętych było 161 pacjentów, u których qol oceniano 1 i 6 miesięcy od zastosowanego leczenia. U wszystkich chorych stwierdzono poprawę wszystkich aspektów życia z wyjątkiem ogólnego poczucia zdrowia. Podobne wyniki otrzymano w badaniach oceniających jakość życia pacjentów po zabiegach izolacji żył płucnych oraz po zabiegu MAZO, który polega na wielokrotnym nacięciu i zszyciu mięśniówki przedsionków w celu wytworzenia blizn blokujących ścieżki nieprawidłowego rozchodzenia się impulsów elektrycznych [7, 8].

Dąbrowski i wsp. wykonali badania wśród 150 pacjentów z różnymi postaciami migotania przedsionków oraz grupie kontrolnej 70 osób zdrowych, których celem była ocena jakości życia oraz poziomu depresji. Stwierdzono, że migotanie przedsionków, niezależnie od postaci choroby istotnie wpływa na ryzyko wystąpienia depresji, szczególnie w grupie kobiet.

Pacjenci z napadowym i utrwalonym AF gorzej ocenili swoją jakość życia w sferze fizycznej w porównaniu do pozostałych badanych. W ocenie pacjentów choroba istotnie ograniczyła ich funkcjonowanie w sferze seksualnej, wykonywaniu prac domowych oraz pracę zarobkową [9].

Obecnie najczęściej stosowaną procedurą interwencyjną w leczeniu różnych zaburzeń rytmu serca jest ablacja falami radiowymi. W badaniach Leszniewskiego i wsp. oceniających qol u pacjentów leczonych metodą ablacji RF stwierdzono znaczny wzrost oceny jakości życia u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca o typie nawrotnego częstoskurczu węzłowego, przedsionkowo-komorowego i ekstrasystolii komorowej. Największa poprawa jakości życia dotyczyła pacjentów z ekstrasystolią komorową. Natomiast wśród pacjentów z ekstrasystolią komorową największą korzyść odnieśli pacjenci z wyjściowo największą ilością dodatkowych pobudzeń komorowych. Jakość życia była oceniana wyjściowo przez zabiegiem ablacji oraz w czasie wizyty kontrolnej 6 miesięcy po zabiegu [10]. W literaturze znajdują się doniesienia potwierdzające, że ablacja prądem RF jest także skuteczną metodą leczenia dzieci [11] podnoszącą jakość życia nawet wśród najmłodszych pacjentów. Może ona być również stosowana w stanach zagrożenia życia u noworodków z arytmiami opornymi na leczenie farmakologiczne [12].

Przewlekła niewydolność serca a jakość życia

Przewlekła niewydolność serca jest poważnym problemem klinicznym, społecznym i ekonomicznym. W ostatnich latach obserwuje się stały wzrost liczby pacjentów z niewydolnością serca (NS) u osób w coraz młodszym wieku. Choroba ta istotnie ogranicza funkcjonowanie chorego w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym, obniżając jakość ich życia. Pacjenci są często hospitalizowani, a rokowanie jest niepomyślne. Śmiertelność pacjentów w ciągu 5 lat wynosi blisko 50%. Na subiektywną ocenę jakości życia przez pacjentów mają wpływ częste hospitalizacje, poczucie zagrożenia życia, wysoki poziom lęku i depresja, a także ograniczenia w pełnieniu dotychczasowych ról społecznych i zawodowych. Istotne znaczenie ma również stałe pogarszanie się niewydolności fizycznej pacjentów, złe rokowanie, a także subiektywne dolegliwości odczuwane przez chorego, takie jak: zmęczenie, znużenie, duszność, niska tolerancja wysiłku fizycznego, zmniejszenie energii i aktywności seksualnej.

Wiele badań klinicznych potwierdza obniżenie subiektywnej oceny jakości życia przez pacjentów z niewydolnością serca. Do najczęściej stosowanych narzędzi badawczych u pacjentów z NS są:

1. skale ogólne np. kwestionariusz SF-36, Psychological General Well-Being (PGWB), *Life Satisfaction Questionnaire*, *Nottingham Health Profile (NPH)*, *Sickness Impact Profila (SIP)*
2. skale specyficzne np. *The Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHF)*; *The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)*; *Quality of Life in Severe Heart Failure Questionnaire (QLQ-SHF)*; *Chronic Heart Failure Questionnaire (CHQ)*; *Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36)* oraz *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale* [13].

W ocenie pacjenta z przewlekłą niewydolnością serca mogą być także stosowane liczne kwestionariusze szczegółowe służące do oceny wpływu poszczególnych objawów na jakość życia np. zaburzeń snu, poziomu lęku, zaburzeń seksualnych, nasilenia duszności, stopnia aktywności fizycznej.

Powszechnie stosowanym narzędziem do oceny wydolności czynnościowej pacjenta z NS jest 4 – stopniowa skala NYHA (ang. New York Heart Association, 1963 rok). Określa ona stopień zaawansowania choroby, nasilenie dolegliwości podmiotowych, ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu pacjenta. Pośrednio może wskazywać na ogólną jakość życia chorego z NS. W zastoinowej niewydolności serca za pomocą kwestionariusza SF-36 wykazano, że w przypadku I stopnia skali NYHA występuje łagodne obniżenie jakości życia w domenie fizycznej oraz witalności, natomiast już od stopnia II następuje pogorszenie jakości życia we wszystkich obszarach funkcjonowania pacjentów [14].

Objawy podmiotowe odczuwane przez pacjentów z NS mają większą wartość w ocenie jakości życia niż np. częstość hospitalizacji. Potwierdziły to badaniu CHARM w populacji 2700 pacjentów z NS. Wykazano, że jakość życia jest znacząco obniżona w porównaniu do grupy kontrolnej i nie zależy od frakcji wyrzutowej lewej komory serca (ang. Left ventricular ejection fraction, LVEF) [15]. Istotne znaczenie ma więc samopoczucie pacjenta, a nie takie wskaźniki jak: rokowanie, częstość hospitalizacji, brak lub zachowana LVEF.

Kolejnym czynnikiem, który może wpływać na jakość życia pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca (PNS) jest niedokrwistość. Nasila ona inne objawy niewydolności serca, takie jak: duszność, zawroty głowy, osłabienie. Wykazano negatywny wpływ

niedokrwistości na obniżenie oceny jakości życia (kwestionariusz EQ-5D, 459 pacjentów z niewydolnością serca) w sferze fizycznej, ogólnego stanu zdrowia i dobrostanu [15]. Należy również pamiętać, że niedokrwistość częściej dotyczy kobiet, osoby w starszym wieku oraz z niewydolnością nerek [16].

W sferze psychicznej pacjentów z NS należy zwrócić uwagę na występowanie zaburzeń snu, poziom lęku i depresji, styl radzenia ze stresem a także osobowość typu D. Świadomość niepomyślnego rokowania, postępującego i przewlekłego charakteru choroby, konieczność częstych hospitalizacji, uniemożliwienie realizacji swoich planów życiowych powoduje silny stres i wpływa negatywnie na jakość życia. Pacjenci z depresją i wysokim poziomem lęku mogą izolować się społecznie, a także nie realizować zaleceń lekarskich. Problemy ze snem mogą powodować zaburzenia funkcjonowania na poziomie poznawczym, dekoncentrację, problemy z pamięcią, a także nasilać przewlekłe zmęczenie. Pacjentów z niewydolnością serca charakteryzuje częste występowanie osobowości typu D, nazywanej również osobowością stresową lub podatną na stres, która charakteryzuje się skłonnością do przeżywania silnych emocji (lęk, gniew, irytacja, wrogość) oraz tzw. zahamowanie społecznym. U tych osób występuje lęk przez odrzuceniem ze strony innych, w związku z tym pacjenci świadomie unikają kontaktów społecznych, są bardzo nieśmiali, ukrywają swoje uczucia, mają poczucie bycia nieszczęśliwymi, pesymistycznie spoglądają na rzeczywistość, mają niskie poczucie bezpieczeństwa i z reguły nie ujawniają swoich emocji. Ten wzorzec zachowania sprzyja występowaniu wielu chorób np. choroby wieńcowej serca, chorób nowotworowych, astmy, cukrzycy, łuszczycy, czy też depresji. W badaniach przeprowadzonych przez Staniute M. i wsp. wśród 855 pacjentów z chorobą wieńcową i niewydolnością serca wykazano, że osobowość typu D ma istotny wpływ na jakość życia związaną ze zdrowiem, a związek ten zależy od objawów depresji, poziomu lęku oraz uzyskiwanego wsparcia społecznego [17].

W wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca z 2016 roku podkreśla się, że depresja występuje często u pacjentów z niewydolnością serca, co wiąże się z gorszym stanem klinicznym, złym rokowaniem, gorszą współpracą z pacjentem i izolacją społeczną. Zaleca się rutynowe wykonywanie testów zwalidowanych do oceny nastroju pacjentów tj. *Beck Depression Inventory* oraz *Cardiac Depression Scale*. Ponadto mogą być zastosowane inne skale tj. *Geriatric Depression Scale*, *Hamilton Depression Scale*, *Hospital Anxiety, Depression Scale*). Zaleca się stosowanie u pacjentów poradnictwa psychospołecznego, farmakoterapii i terapii wysiłkiem fizycznym [18].

Zaburzenia oddychania podczas snu może dotyczyć nawet 30% pacjentów z niewydolnością serca. Należą do nich: obturacyjny bezdech senny, ośrodkowy bezdech senny i postacie mieszane. Przyczyną zaburzeń snu może być napadowa duszność nocna, niepokój, depresja czy też nasilenie diurezy nocnej z powodu przyjmowania leków moczopędnych. Badania potwierdziły, że zarówno ośrodkowy jak i obturacyjny bezdech senny wiąże się z gorszym rokowaniem pacjentów z niewydolnością serca [19, 20]. Zaleca się, aby w wywiadzie z pacjentem lub jego bliskimi uwzględnić problem zaburzeń snu, a także podjąć diagnostykę przyczyn i rodzaju zaburzeń snu oraz wdrożyć ewentualne leczenie [18].

Nadciśnienie tętnicze a jakość życia

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z głównych przyczyn wysokiej chorobowości i śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Szacuje się, że około 30% dorosłych Polaków ma nadciśnienie tętnicze, a tylko u 12% choroba jest dobrze kontrolowana. W licznych badaniach potwierdzono, że jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym jest znacznie gorsza w porównaniu z populacją osób zdrowych [21, 22, 23, 24, 25]. Uważa się, że do czynników, które mogą mieć istotny wpływ na jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym należą przede wszystkim: czynniki socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, rodzinne obciążenie nadciśnieniem tętniczym) oraz czynniki kliniczne (wartości ciśnienia tętniczego, powikłania narządowe nadciśnienia, choroby współistniejące, liczba i rodzaj przyjmowanych leków, niepożądane działanie leków, zaburzenia seksualne, otyłość) [24].

W badaniach przeprowadzonych przez Stachowską i wsp. [21] stwierdzono, że jakość życia osób z nadciśnieniem niepowikłanym nie różni się istotnie od osób zdrowych. Natomiast znacznie gorszą jakość życia mają kobiety, zarówno w grupie z nadciśnieniem tętniczym, jak i w grupie kontrolnej. Wśród zmiennych społeczno-demograficznych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, źródło utrzymania, sytuacja materialna istotnie różnicowała ocenę jakości życia. Wśród zmiennych klinicznych istotne okazały się: wysokość ciśnienia tętniczego, wskaźnik masy ciała BMI, czas trwania choroby i systematyczność zażywania leków hipotensyjnych. Badania potwierdziły również tezę, że jakość życia determinowana jest w dużym stopniu przez wykształcenie. Poziom wykształcenia istotnie różnicował osoby zdrowe i w grupie niepowikłanego nadciśnienia pod względem aż siedmiu z ośmiu domen SF-36 i dwóch wskaźników sumarycznych: Zdrowia Fizycznego i Psychicznego. Czynnikiem dodatkowo pogarszającym jakość życia była otyłość. Osoby z nadciśnieniem niepowikłanym z prawidłową masą ciała cechowały się wyższą jakością życia od osób z otyłością ciężką. Interesujący jest także fakt, że w przypadku wystąpienia powikłań

nadciśnienia, deficyt w ocenie jakości życia w poszczególnych jej dziedzinach w porównaniu do osób zdrowych, wynosił od 10-30% (biorąc pod uwagę otrzymane średnie) [20]. Podobne wyniki badań otrzymała Woźnicka i wsp. oraz Kurowska i wsp. [25, 26]. Dlatego właśnie bardzo istotne wydaje się być wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom narządowym nadciśnienia, takim jak: zawał mięśnia sercowego, niewydolność nerek, czy też udar mózgu.

Sawicka i wsp. [22] stwierdzili, że znacznie lepszą jakość życia prezentowali pacjenci przed 60-tym rokiem życia oraz z krótszym czasem trwania choroby. Natomiast w domenie fizycznej istotne znaczenie miała liczba przyjmowanych leków. Najlepiej jakość życia oceniali pacjenci, którzy przyjmowali tylko jeden lek.

Badania wskazują również [23], że brak aktywności fizycznej pogarsza w znaczący sposób codzienne funkcjonowanie i jakość życia chorych z nadciśnieniem, a jakość ich życia jest zależna od uprawianej aktywności fizycznej, jej rodzaju i regularności wykonywania. Wyższą jakość życia prezentowały osoby jeżdżące na rowerze, podejmujące aktywność fizyczną regularnie.

Do innych czynników, które negatywnie mogą wpływać na jakość życia należą efekty uboczne leków hipotensyjnych, takie jak: zawroty głowy, zwiększona diureza, zmęczenie, zaburzenia funkcji seksualnych, zmniejszenie codziennej aktywności [27, 28]. Z jednej strony efektywne leczenie nadciśnienia tętniczego poprawia jakość życia chorych, a z drugiej strony większa liczba przyjmowanych leków hipotensyjnych pogarsza ją. Jakość życia pogarszają diuretyki z uwagi na działania niepożądane w postaci: zwiększonej diurezy nocnej, zmęczenia, osłabienia, zaburzeń snu, chwiejność nastroju, zaburzeń wegetatywnych oraz bólów i zawrotów głowy. Drugą powszechnie stosowaną grupą leków są β -adrenolityki, zwłaszcza niekardioselektywne, powodujące m.in. zmęczenie, pogorszenie funkcji seksualnych i poznawczych, obniżenie nastroju [29, 30]. W badaniach wykazano, że leczenie amlodypiną powoduje polepszenie ogólnego samopoczucia i witalności, zmniejszenie poziomu lęki u depresji a nawet poprawę funkcji poznawczych [31, 32]. W leczeniu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym należy zwracać uwagę nie tylko na uzyskanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, ale również na eliminację działań niepożądanych stosowanej terapii, dobrą współpracę z pacjentem (compliance) i kontynuowanie terapii przez niego w warunkach domowych (adherence) oraz zapewnienie wysokiej jakości życia pacjentów pomimo choroby.

Monitorowanie jakości życia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, może być przydatne w modyfikacji metod terapii. W odniesieniu do chorych z nadciśnieniem tętniczym

istnieje potrzeba podejścia interdyscyplinarnego w zakresie edukacji, zwalczania czynników ryzyka powikłań sercowo- naczyniowych, poprawy skuteczności leczenia i prewencji psychosomatycznej ze szczególnym uwzględnieniem grupy kobiet.

Wady serca a jakość życia

Dane dotyczące liczebności i struktury populacji dorosłych z wrodzonymi wadami serca są niewystarczające. Wrodzone wady serca (WWS) prowadzą do dysfunkcji układu krążenia, ale również powodują gorszy rozwój psycho-fizyczny i znaczne ograniczenie w sferze funkcjonowania fizycznego młodych dorosłych. Dzięki współczesnej kardiologii ponad 80% dzieci z WWS dożywa wieku dorosłego. Jakość życia pacjentów z WWS zależy od wielu czynników m.in. złożoności wady, wieloetapowości leczenia operacyjnego, czynników psychospołecznych i demograficznych, a także następstw leczenia. Pacjenci po wszczępieniu protez są nadal narażeni na szereg problemów zdrowotnych, np. zakażenia, arytmie serca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca oraz zaburzenia hematologiczne. W tej grupie pacjentów przeprowadzane były badania dotyczące oceny jakości życia pacjentów po zabiegach kardiologicznych.

Brosowska B. i wsp. przeprowadziła badania w grupie 100 pacjentów w wieku 14 – 23 lata z WWS (sinicznymi, złożonymi), u których wykonano korektę kardiologiczną lub byli w trakcie realizacji kolejnych etapów leczenia operacyjnego na otwartym sercu. Celem badań była ocena wybranych elementów jakości życia oraz perspektyw życiowych za pomocą autorskiego kwestionariusza oraz standaryzowanego tzw. Listy Wartości Osobistych (LWO) wg Juczyńskiego. Tylko 36% ankietowanych oceniło swój stan zdrowia na poziomie bardzo dobrym i dobrym. Aż u 63% chorych po zabiegach operacyjnych nadal występowały dolegliwości ograniczające codzienne funkcjonowanie. Chorzy wskazywali na konieczność stałego przyjmowania leków (42%) i systematycznej kontroli w poradni kardiologicznej (52%), poczucie skrępowania z powodu blizn pooperacyjnych (49%). Problem akceptacji blizn występował szczególnie istotnie częściej w grupie dziewcząt. U około 49% pacjentów wystąpiły powikłania wymagające hospitalizacji. Były to m.in.: niedomykalność zastawek (14%), zaburzenia rytmu serca (9%), nadciśnienie tętnicze (6%). Blisko 70% młodzieży nie uczestniczyło w szkolnych zajęciach wychowania fizycznego z powodu szybkiego męczenia się i niemożności wykonywania pewnych ćwiczeń. Wśród czynników ograniczających aktywny udział w życiu codziennym wskazano: brak możliwości uprawiania sportu, niemożność uczestnictwa w grach, zabawach, imprezach klasowych, wycieczkach szkolnych, ograniczanie kontaktów z rówieśnikami przez rodziców pod pretekstem choroby serca,

trudności w podróżowaniu i zwiedzaniu świata. Młodzi ludzie byli świadomi swoich ograniczeń, mimo to pozytywnie myśleli o samorealizacji w życiu osobistym, w tym o posiadaniu potomstwa i sukcesach zawodowych. Do najważniejszych wartości życiowych deklarowanych przez młodzież po operacji kardiochirurgicznej należały: dobre zdrowie, udane życie rodzinne oraz mądrość i wiedza [33].

Poważnym problemem wśród dzieci i młodzieży jest ograniczanie aktywności fizycznej pomimo korzystnego efektu korekty wady serca. Niestety nie ma opracowanych jednoznacznych standardów dotyczących aktywizacji ruchowej pacjentów. Pogromy takie powinny być indywidualnie dobrane dla każdego chorego przy współpracy kardiologa dziecięcego, rehabilitanta, dziecka i jego rodziców. Ten brak aktywizacji dziecka wynika często z lęku rodziców i/lub dziecka przed pogorszeniem stanu zdrowia [34].

Z badań przeprowadzonych w ramach programu POLKARD-WOBASZ 2006-2008 w referencyjnych ośrodkach kardiologii dziecięcej w Polsce wynika, że w grupie młodych pacjentów z WWS występują problemy emocjonalne, a także gorsze przystosowanie społeczne i zawodowe. Pacjenci ci często wybierają zawód, który nie wymaga znacznych nakładów wysiłku fizycznego.

Badania nad jakością życia związaną ze stanem zdrowia pełnią bardzo ważną rolę w medycynie. Stanowią cenne źródło informacji na temat faktycznego wpływu choroby, odczuwanych dolegliwości i stosowanych metod terapii na codzienne funkcjonowanie chorego w życiu społecznym, zawodowym, rodzinnym. Dzięki wynikom badań nad jakością życia zaczęto dostrzegać, że istotne znaczenie kliniczne mają nie tylko ilościowe wskaźniki sukcesu terapeutycznego, jak np. długość życia, ale również wskaźniki jakościowe np. dobre samopoczucie, zmniejszenie objawów chorobowych. Obecnie głównym celem terapeutycznym jest nie tylko wyleczenie chorego, ale zapewnienie wysokiego komfortu życia, dobrego funkcjonowania społecznego, psycho-fizycznego, zawodowego, pomimo choroby i niepełnosprawności. Niestety jednym z ważnych problemów jest brak współpracy pacjentów w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Podsumowanie

Badanie subiektywnej oceny zdrowia chorych może stanowić istotny czynnik poznawczy, praktyczny i prognostyczny, który może prowadzić do podniesienia jakości opieki nad pacjentami z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Wyniki takich badań pozwalają na rozpoznanie obszarów i sfer życia pacjenta, które sprawiają chorym najwięcej

problemów, a wynikają z jego stanu zdrowia. Mogą też stanowić cenne wskazówki w planowaniu czy modyfikowaniu indywidualnej opieki nad pacjentami.

Piśmiennictwo

1. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości – dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 2006, 14, 4, 165-171.
2. Wożakowska – Kapłon B., Górczyca –Micha I., Filipiak K.J., Siebert J.: Prewencja powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków – propozycja algorytmu dla lekarzy rodzinnych. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2013, 7, 1, 1-15.
3. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011, 6, 1, 62–71.
4. an den Berg M.P, Hassink R.J., Tuinenburg A.E. et al.: Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. *European Heart Journal*, 2001, 22, 247–253.
5. Dorian P., Jung W., Newman D. et al.: The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *Journal of the American College of Cardiology*, 2000, 36, 1303–1309.
6. Buben R.S., Knotts-Dolson S.M., Plumb V.J., Kay G.N.: Effect of radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias. *Circulation*, 1996, 94, 1585–91.
7. Lönnerholm S., Blomström P., Nilsson L. et al.: Effects of the maze operation on health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Circulation*, 2000, 101, 2607–2611.
8. Lundberg C., Albåge A., Carlöf C., Kenneback G.: Long-term health-related quality of life after maze surgery for atrial fibrillation. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2008, 86, 1878–1882.
9. Dąbrowski R., Smolis – Bącz E., Kowalik I. i wsp.: Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation. *Kardiologia Polska*, 2010, 68 (10), 1134- 1137.

10. Liszniański P., Pudło J., Lelakowska – Pięła M. i wsp.: Analiza wpływu leczenia metodą ablacji RF na poziom jakości życia u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca. *Przegląd Lekarski*, 2015, 72, 1, 1-5.
11. DeMaso D.R., Spratt E.G., Vaughan B.L., D’Angelo E.J., Van der Feen J.R.: Psychological functioning in children and adolescents undergoing radiofrequency catheter ablation. *Psychosomatics*, 2000, 41, 134–139.
12. Kantoch M.J., Gulamhusein S.S., Sanatani S.: Short- and long-term outcomes in children under going radiofrequency catheter ablation before their second birthday. *Canadian Journal of Cardiology*, 2011, 27, 523.e3–523.e9.
13. Klocek M., Czarnecka D.: Jakość życia kobiet z przewlekłą niewydolnością serca. *Przegląd Lekarski*, 2016, 73, 6, 435–438.
14. Juenger J., Schellberg D., Kraemer S. et al.: Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 2002, 87, 235–241.
15. Lewis E.F., Lamas G.A., O’Meara E. et al.: Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fraction in CHARM. *European Journal of Heart Failure*, 2007, 9, 83–91.
16. Gutzwiller F.S.1, Pfeil A.M., Comin-Colet J. et al.: Determinants of quality of life of patients with heart failure and iron deficiency treated with ferric carboxymaltose: FAIR-HF sub-analysis. *International Journal of Cardiology*, 2013, 168 (4), 3878-83.
17. Staniute M., Brozaitiene J., Burkauskas J. et al.: Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Quality of Life Outcomes*, 2015, 13, 1.
18. Kowalczyk B., Czyż R., Kaźmierska B., Jankowska-Polańska B.: Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6 (10), 197–214.
19. Khayat R., Jarjoura D., Porter K. et al.: Sleep disordered breathing and post-discharge mortality in patients with acute heart failure. *European Heart Journal*, 2015, 36(23), 1463-69.
20. Nakamura S., Asai K., Kubota Y. et al.: Impact of sleep-disordered breathing and efficacy of positive airway pressure on mortality in patients with chronic heart failure and sleep-disordered breathing: a meta-analysis. *Clinical Research in Cardiology*, 2015, 104(3), 208-16.

21. Stachowska M., Szalbierz H., Szewczyczak M., Biskupska M.: Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. *Hygeia Public Health*, 2014, 49(4), 813-819.
22. Sawicka K., Wieczorek A., Łuczyk R., Wawryniuk A., Prasał M.: Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6 (11), 161-178.
23. Cegła B., Filanowicz M., Dowbór-Dzwonka A., Szykiewicz E.: Aktywność fizyczna pacjentów z nadciśnieniem tętniczym a jakość ich życia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012, 1, 26-33.
24. Kawecka – Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B.: Jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. Kawecka – Jaszcz K, Klocek M, Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Wyd. Termedia , Poznań 2006, 122.
25. Woźnicka L., Posadzy-Małańczyńska A., Leśkiewicz G., Głuszek J.: Ocena jakości życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze według ankiety SF 36. *Arterial Hypertension*, 2008, 12 (2), 109 – 117.
26. Kurowska K., Dąbrowska A. : Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2008, 12 (6), 432-438.
27. Nunes M. I: The relationship between quality of life and adherence to treatment. *Current Hypertension Reports*, 2001, 3, 6, 462–465.
28. Baune BT, Aljeesh Y: The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip. *Annals of General Psychiatry*, 2006, 5, 6.
29. Weir M.R., Flack J.M., Applegate W.B.: Tolerability, safety, and quality of life and hypertensive therapy: the case for low-dose diuretics. *American Journal of Medicine*, 1996, 30 Sep, 101 (3A), 83–92
30. Fletcher A.E., Chester P.C., Hawkins C.M. et al.: The effects of verapamil and propranolol on quality of life in hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 1989, 3(2), 125-130.
31. Klocek M., Czarnecka D.: Wpływ amlodypiny i enalaprylu na jakość życia pacjentów z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2001, 1, 1-8.

32. Paran E., Anson O., Lowenthal D.T.: Cognitive Function and Antihypertensive Treatment in the Elderly: A 6-Year Follow-up Study. *American Journal of Therapeutics*, 2010, 17 (4), 358-364.
33. Brosowska B., Jankowska J., Glińska J. i wsp.: Wybrane aspekty jakości życia i perspektywy życiowe w ocenie młodzieży z wrodzoną wadą serca po korekcji kardiochirurgicznej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011, 4, 218-227.

**Chilińska-Kopko Ewelina^{1,2}, Kopko Szymon^{2,3}, Zalewska Anna^{2,4},
Dzięcioł-Anikiej Zofia³**

1. Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
2. Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia u pacjentów kardiologicznych

Wprowadzenie

Choroby cywilizacyjne, do których możemy zaliczyć choroby układu krążenia w dużym stopniu są uwarunkowane stylem i trybem życia. Mimo skuteczności i efektywności wykonywanych procedur medycznych oraz szeroko pojętej profilaktyki chorób układu krążenia wpływającej na spadek umieralności przyczyniając się do starzenia się społeczeństwa, choroby układu sercowo-naczyniowego nadal pozostają jedną z głównych przyczyn umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności na całym świecie [1].

Już za czasów Arystotelesa istotną kwestię stanowiło uzyskanie przez człowieka dobrego samopoczucia oraz satysfakcji z prowadzonego życia. Problematyka badania jakości życia w ostatnich latach spotyka się w środowisku naukowym z coraz większym zainteresowaniem. Dzięki tej tendencji jakość życia może być rozpatrywana w szerszej perspektywie interdyscyplinarnej. Terminologia jakości życia jest wielowymiarowa i może być rozpatrywana w aspekcie społecznym, medycznym, kulturowym czy też ekonomicznym. W aktualnej literaturze można zauważyć, iż tematyka badania jakości życia staje się istotnie bardziej popularna, a potwierdza to fakt, iż aktualne piśmiennictwo jest bogate w publikacje dotyczące badania i charakterystyki jakości życia pacjentów z różnymi chorobami. W literaturze opisywana jest nie tylko ocena obiektywna odczuć pacjenta w aspekcie posiadanego aktualnie stanu zdrowia, ale również ważną kwestią stała się subiektywna ocena odczuć danego pacjenta. W ostatnich latach priorytetem działań medycyny w Polsce, jak i na terenie całej Unii Europejskiej oprócz działań zdrowotnych istotną kwestią stała się poprawa

jakości życia pacjentów dotkniętych chorobami przewlekłymi. Zwrócono uwagę na fakt, iż jakość życia wpływa w sposób istotny na wyzdrowienie czy też proces leczenia [2, 3].

Rozwinięcie

Wykorzystanie badania jakości życia w medycynie

Medycyna ocenia efekty leczenia na podstawie obiektywnie uzyskanych wskaźników takich jak poprawa stanu klinicznego pacjenta czy też zmniejszenie śmiertelności. Dla pacjentów tego typu efekty leczenia często są niezauważalne, gdyż obniżenie np. ciśnienia tętniczego czy też poprawa parametrów biochemicznych krwi (np. cholesterolu) nie jest aż tak istotną kwestią jak zmniejszenie odczuwania przewlekłego bólu. Taka sytuacja wpłynęła bezpośrednio na to, aby w badaniach klinicznych czy też w codziennej praktyce lekarskiej coraz częściej brać pod uwagę również wpływ zastosowanego leczenia na jakość życia danego pacjenta. Dzięki ocenie poszczególnych parametrów jakości życia jesteśmy w stanie wpłynąć na poprawę komunikacji z naszym pacjentem, ponieważ gdy poznamy punkt widzenia pacjenta, łatwiej nam będzie określić i ocenić skuteczność i efekty zastosowanej terapii, co jest niezwykle istotną kwestią w schorzeniach przewlekłych [4, 5].

Ocena jakości życia pacjentów kardiologicznych

Jakość życia (*QOL*, ang. *Quality of life*) według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. World Health Organization) jest terminem określającym subiektywny sposób postrzegania sytuacji życiowej przez jednostkę w kontekście kulturowym oraz systemu wartości w którym żyje, jej celów, oczekiwań i zainteresowań. W medycynie to pojęcie pojawiło się w latach 70-tych XX wieku i od tego czasu znaczenie terminu jakość życia sukcesywnie rośnie [6, 7, 8].

Według definicji WHO jakość życia związana jest z każdym aspektem życia człowieka. Z tego powodu w medycynie, jak i naukach medycznych częstsze zastosowanie ma pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia (HRQOL, ang. Health Related Quality of Life). Definicja jakości życia zależnej od stanu zdrowia opiera się na definicji WHO z tą różnicą, iż mianem zdrowia określa się stan całkowitego dobrobytu psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby [9].

Do oceny jakości życia wykorzystuje się szereg różnych technik. Wyróżniamy badania jakościowe jak i ilościowe. Dzięki wieloczynnikowym badaniom jakościowym jesteśmy w stanie dokonać szczegółowej analizy samopoczucia pacjenta oraz mamy

możliwość dokonania oceny ilościowej, ale tego typu badania są niezwykle pracochłonne. W świecie nauki większe znaczenie i wartość metodologiczną mają kwestionariusze dzięki którym jesteśmy w stanie uzyskać ilościowe wyniki, które mamy możliwość porównywać z badaniami przeprowadzonymi na innej grupie. W ocenie jakości życia mają zastosowanie narzędzia specyficzne (swoiste) oraz ogólne (generyczne) [10, 11].

Wykorzystanie kwestionariuszy w ocenie jakości życia

Stosowanie kwestionariuszy w analizie jakości życia pozwala na zbadanie dużo większej liczby chorych w przeciwieństwie do sytuacji, gdy stosujemy badania wieloczynnikowe. W zależności od rodzaju informacji wyróżniamy kwestionariusze ogólne oraz szczegółowe. Kwestionariusze ogólne dają możliwość na ocenę jakości życia w bardzo szerokim zakresie. Tego typu narzędzie stosujemy często do pomiaru w dużych, zróżnicowanych populacjach chorych jak i zdrowych. Kwestionariusze ogólne ze względu na swój szeroki zakres umożliwiają uzyskanie stabilnych w czasie wyników, jednakże niska czułość pomiarów może w istotny sposób wpłynąć na to, iż nie wychwycimy nieznacznych zmian w jakości życia, które to mogą mieć niezwykle duże znaczenie kliniczne, szczególnie z punktu widzenia danego pacjenta [5].

Zastosowanie kwestionariuszy specyficznych ma miejsce w przypadku konkretnej choroby bądź grupy chorób, funkcji, problemu bądź grupy którą badamy. Ta możliwość oceny jakości życia stanowi jedynie część definicji HRQOL. Pytania znajdujące się w kwestionariuszu specyficznym poprzez swoją czułość pozwalają na wykrycie różnic w ocenie jakości życia, nawet jeśli takowe zmiany nie zostały zauważone w trakcie badania kwestionariuszem ogólnym [12].

Wybór kwestionariusza jest niezmiernie istotnym i kluczowym elementem badania, ponieważ nieodpowiednie dobranie może skutkować tym, iż nie zaobserwujemy zmian które zachodzą w jakości życia badanego pacjenta, mimo iż takowe występują. W zależności od tego jaki mamy cel badania, możemy zastosować kwestionariusz ogólny, specyficzny bądź też połączenie obu lub kilku różnych kwestionariuszy czyli tzw. barierę testów. W sytuacji gdy spośród ogólnodostępnych, standaryzowanych testów nie odnajdziemy odpowiedniego do naszego badania, mamy możliwość utworzenia autorskiego narzędzia na potrzeby konkretnego badania [12, 13].

Badanie jakości życia pacjentów kardiologicznych jest istotną i kluczową kwestią ponieważ choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią jedną trzecią całkowitej liczby zgonów. WHO prognozuje, iż w 2020 śmiertelność z przyczyn układu krążenia może

osiągnąć poziom aż 20 mln osób rocznie, co spowoduje, iż choroby układu krążenia staną się główną przyczyną umieralności na świecie [14]. Istotnym celem postępowania z chorymi kardiologicznymi jest podnoszenie ich jakości życia poprzez zmniejszenie bądź eliminację wpływu choroby na pacjenta. Przy wyborze odpowiedniego narzędzia powinniśmy zwrócić uwagę czy nasze badanie będzie dotyczyło jednego czy też grupy pacjentów.

Do oceny jakości życia pacjentów leczonych kardiologicznie w Polsce najczęściej stosuje się kwestionariusze ogólne, tj. WHOQoL-100 (ang. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire), NHP (ang. The Nottingham Health Profile), SF-36 (ang. The Short Form 36). Wśród kwestionariuszy specyficznych coraz większą popularność osiąga kwestionariusz MacNew (ang. The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life) [15, 16].

Charakterystyka kwestionariuszy stosowanych u pacjentów kardiologicznych

Kwestionariusz jakości życia, który został opracowany w latach 90-tych XX wieku miał na celu subiektywnie ocenić jakość życia u osób z różnymi problemami zdrowotnymi, jak i bez objawów chorobowych. Nad tym narzędziem badawczym pracował ogromny zespół złożony ze specjalistów z aż 15 krajów. Powołana grupa opracowała pytania, które zostały włączone do puli, która stanowiła wstępną wersję kwestionariusza składającego się z 239 pytań. Następnie zostało przeprowadzone badanie na grupie 4800 osób zdrowych, jak i chorych pochodzących z 15 krajów. Dalsze badania nad kwestionariuszem doprowadziły do opracowania kwestionariusza WHOQOL-100, który zawierał 100 pytań. Dodatkowo opracowano 24 skale dotyczące sześciu obszarów życia człowieka, tj. fizycznego, psychicznego, relacji społecznych, poziomu niezależności, przekonań religijnych oraz środowiska. Zespół składający się z Krystyny Jaracz i Laury Wołowickiej z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przy współpracy z Mary Kalfoss z Uniwersytetu w Oslo opracował polską wersję kwestionariusza WHOQOL-100 [17, 18].

Ocena parametrów psychometrycznych rzetelności i trafności kwestionariusza WHOQOL-100 jest zadowalająca, aczkolwiek przeprowadzenie badań za pomocą tego narzędzia jest kłopotliwe z powodu dużej liczby pytań oraz skal, a to z kolei wpływa znacząco na interpretację uzyskanych wyników. Z powodu tych niedogodności autorzy opracowali skróconą wersję a mianowicie kwestionariusz WHOQOL Bref, który zawierał jedynie 26 pytań wykorzystujących 5-punktową skalę Likerta i obejmował nie sześć, jak w standardowej wersji, a cztery obszary jakości życia człowieka: psychiczny, społeczny, fizyczny i środowisko [19].

Kwestionariusz SF-36 jest drugim, często stosowanym kwestionariuszem oceniającym jakość życia pacjentów ze schorzeniami układu krążenia. Zespół amerykański opracował to narzędzie badawcze na podstawie szerokich badań MOS (ang. Medical Outcomes Study) przeprowadzonych w latach 80-tych ubiegłego wieku. Kwestionariusz SF-36 składa się z 8 podskal:

- funkcjonowanie fizyczne (10 pozycji)
- ogólne zdrowie (5 pozycji)
- witalność (4 pozycje)
- zdrowie fizyczne (4 pozycje)
- ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy fizyczne (4 pozycje)
- ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne (3 pozycje)
- ból (2 pozycje)
- funkcjonowanie społeczne (2 pozycje).

Dodatkowo znajduje się jedna pozycja dotycząca odczucia zmian stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Odpowiedzi na poszczególne pytania/grupy pytań jest mocno zróżnicowany, od 6-stopniowej skali Likerta po sposób dychotomiczny („tak”/„nie”). Na podstawie klucza oblicza się uzyskane wyniki, a następnie następuje przeliczenie uzyskanych wyników na wyniki standardowe [20].

Kwestionariusz SF-36 posiada dobre własności psychometryczne, gdyż trafność i rzetelność tego narzędzia były badane wielokrotnie i na kilka sposobów. Dodatkowo wykazano wysoką czułość na zmiany w poszczególnych jednostkach chorobowych oraz różnice pomiędzy grupami badanymi za pomocą alternatywnych form terapii [20, 21, 22].

W celu oceny jakości życia pacjentów kardiologicznych stosuje się również kwestionariusz NHP (ang. The Nottingham Health Profile). Został on opracowany przez zespół brytyjski J. McEwena i wsp. [23]. Kwestionariusz NHP składa się z dwóch części. W części podstawowej znajduje się 38 stwierdzeń dotyczących sześciu obszarów:

- energia życiowa
- reakcje emocjonalne
- sprawność ruchowa
- zaburzenia snu
- ból
- izolacja społeczna.

Część druga - uzupełniająca, posiada 7 stwierdzeń dotyczących wpływu aktualnego stanu zdrowia na poszczególne sfery życia tj. pracę zarobkową, prace domowe, korzystanie z czasu wolnego, zainteresowania i hobby. Na poszczególne pytania odpowiadamy w prosty sposób zakreślając odpowiednio „tak” lub „nie”. Wyniki oblicza się za pomocą klucza, oddzielnie dla każdego z sześciu obszarów. Im wyższy wynik, tym gorsza jakość życia w badanym obszarze. Kwestionariusz NHP należy do grupy narzędzi rzetelnych i trafnych, a dotychczas przeprowadzone badania potwierdzają tę zależność [23]. Powstała również polska wersja tego kwestionariusza, opracowana za zgodą autorów. Wyniki rzetelności i trafności tego narzędzia są zbliżone do otrzymanych wyników przez wersję oryginalną [24].

Kwestionariusz MacNew (ang. The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life) jest kwestionariuszem specyficznym badającym jakość życia pacjentów kardiologicznych. W 2002 roku za zgodą N. Oldrige’a, opracowano polskojęzyczną wersję kwestionariusza MacNew. Opracowanie polskiej wersji zostało przeprowadzone przez dwa niezależne zespoły tj. warszawski i łódzki [14, 25, 26].

Kwestionariusz MacNew jest często stosowanym narzędziem w wielu krajach, a uzyskane wyniki porównywano do uzyskanych po zastosowaniu innych kwestionariuszy. Zawiera on 27 pytań dotyczących 3 wymiarów jakości życia pacjentów kardiologicznych tj. funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne. W odpowiedzi na pytania wykorzystuje się 7-stopniową skalę Likerta. Wyniki obliczamy dla każdego z wymiaru oddzielnie wykorzystując średnią arytmetyczną (sumujemy wagi i dzielimy przez liczbę pytań na które udzielono odpowiedzi w danej części). Dodatkowo jest możliwość oceny globalnego wyniku jakości życia danego pacjenta a uzyskujemy to poprzez sumowanie wszystkich wag odpowiedzi i podzielenie przez liczbę pytań, na które badany odpowiedział [27, 28, 29, 30].

Podsumowanie

Występowanie wzajemnych powiązań pomiędzy funkcjonowaniem psychicznym, fizycznym, emocjonalnym i społecznym pacjentów a stopniem nasilenia dolegliwości ze strony układu krążenia sprawia, iż ocena jakości życia nabiera ogromnego znaczenia. Znajomość wpływu sposobów leczenia czy też objawów chorobowych na funkcjonowanie chorych w różnych dziedzinach życia może wpłynąć w istotnym stopniu na kompleksową ocenę skuteczności zastosowanego leczenia, wybór strategii postępowania czy też określenie oczekiwań chorych. Dzięki standaryzowanym kwestionariuszom oceny jakości życia mamy możliwość uzyskania rzetelnych i porównywalnych wyników. Kwestionariusze ogólne są

narzędziem pozwalającym ocenić wszystkie elementy składające się na definicję jakości życia i możemy je stosować niezależnie od rodzaju choroby, przez co mamy możliwość wykorzystania i porównywania w różnych populacjach chorych. Kwestionariusze specyficzne służą do pomiaru jakości życia chorych z określoną chorobą bądź grupą schorzeń. W Polsce badanie jakości życia jest nadal nowością, jednakże w ostatnich latach zauważono pozytywną zmianę podejścia lekarzy, którzy opisując wyniki prowadzonego leczenia coraz częściej zwracają uwagę na ocenę jego działań przez pacjenta. Badanie jakości życia może w przyszłości stać się cennym uzupełnieniem badania lekarskiego, szczególnie w przypadku pacjentów przewlekle chorych (np. pacjenci kardiologiczni). Rosnące zainteresowanie tematyką jakości życia pacjentów jest przejawem tego, iż wiele dyscyplin naukowych dąży do poprawy dobrostanu psychicznego człowieka. Aktualne rozumienie jakości życia związanej ze zdrowiem ma charakter holistyczny, gdyż proces leczenia obejmuje nie tylko samą chorobę i cierpienie które jest często z nią związane, ale również całokształt egzystencji danego pacjenta. Wydaje się więc stosowne włączenie oceny jakości życia do procesu leczenia. Pozwoliłoby to na skuteczniejsze diagnozowanie zadowolenia z życia pacjentów oraz byłaby możliwość opracowania odpowiednich działań wpływających na utrzymanie i przywracanie zdrowia, a dzięki temu istotnie wpłynęlibyśmy na poprawę jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Perk J., de Backer G., Gohlke H. et al.: European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Journal of Preventive Cardiology*, 2012, 19, 585–667.
2. Majkovicz M., Zdun-Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach psychiatrycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2009, 2, 100-114.
3. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2006, 2, 122-124.
4. Szyguła-Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowonaczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2011, 6, 62-67.

5. Jaeschke R.: Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek 8: Określanie i mierzenie jakości życia związanej ze zdrowiem. *Medycyna Praktyczna*, 1999, 4, 155-162.
6. WHO: WHOQOL. Measuring Quality of Life. Division of mental health and prevention of substance abuse. 1997.
7. Tobiasz-Adamczyk B.: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*, Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Termedia, Poznań 2006, 9.
8. Cramer J.A., Spilker B.: Introduction [w:] *Quality of life and pharmacoeconomics. An antoduction*, Cramer J.A., Spilker B. (ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven 1998.
9. Klocek M., Kawecka-Jaszcz K.: Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*, Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Termedia, Poznań 2006, 122.
10. Pierzchała W., Farnik-Brodzińska M.: Jakość życia i jej ocena u chorych na astmę. *Alergia Astma Immunologia*, 1997, 2, 203-206.
11. Skolnicka H., Mikuła W.: Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. *Medycyna Rodzinna*, 2003, 3, 129-131.
12. Klocek M.: Kwestionariusze jakości życia w chorobach układu sercowonaczyniowego [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*, Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Termedia, Poznań 2006, 97-118.
13. Klocek M.: Kliniczne znaczenie danych w badaniach jakości życia [w:] *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*, Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. (red.). Termedia, Poznań 2006, 85-96.
14. WHO: *The Global Burden of Disease, 2004 update*, World Health Organization, Geneva, 2008.
15. Wrześniewski K.: Jak badać jakość życia pacjentów kardiologicznych. *Kardiologia Polska*, 2009, 67, 790-794.

16. Wrześniewski K.: Pomiar jakości życia pacjentów kardiologicznych w Polsce-Status naukowy najczęściej stosowanych kwestionariuszy. *Polski Przegląd Kardiologiczny*, 2010, 12, 121-125.
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 1998, 46, 1569-1585.
18. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, Wołowicka L. (red). Wyd. Uczelniane AM, Poznań 2001, 235-80.
19. Jaracz K., Wołowicka L., Kalfoss M.: Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100 [w:] *Jakość życia w naukach medycznych*, Wołowicka L. (red). Wyd. Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2001, 291-302.
20. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M, Gandek B.: *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston 1993.
21. McHorney C.A., Ware J.E.Jr, Raczek A.E.: The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 1993, 31, 247-263.
22. Marcinowicz L., Sienkiewicz J.: Assessment of the validity and reliability of the Polish version of the SF-36 questionnaire preliminary findings. *Przegląd Lekarski*, 2003, 60, supl.6, 103-106.
23. Mc Ewen J., Hunt S., MacKenna S.: A measure of perceived health: the Nottingham Health Profile [in:] *Measurement in health promotion and protection*, Abellin T., Brzeziński Z.J., Carstaird V.D.I (ed.). World Health Organization, Copenhagen 1987, 590-603.
24. The European Group for Quality of Life and Health Measurement. *European Guide to the Nottingham Health Profile*. Montpellier, 1992.
25. Wrześniewski K.: Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile [w:] *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia*, Karski J.B., Kirschner H., Leowski J. (red). Wyd. Ignis, Warszawa 1997, 37-41.
26. Dixon T., Lim L.L., Oldrige N.B.: The MacNew heart disease health-related quality of life instrument:reference data for users. *Quality of Life Research*, 2002, 11, 173-83.

27. Hofer S., Lim L., Guyatt G., Oldrige N.: The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2, 1-8.
28. Broda G.: Jakość życia – ważny pomiar zdrowia. *Kardiologia Polska*, 2009, 67, 10.
29. Dempster M., Donnelly M., O’Loughlin C.: The validity of the MacNew Quality of Life in heart disease questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, 2, 1-6.
30. Vendereyt F., Dendale P., Vanheees L. et al.: Psychometric properties of the Flemish version of the MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life questionnaire. *Acta Cardiologica*, 2012, 67, 31-39.
31. Asadi-Lari M., Javadi H., Melville M. et al.: Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian Population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2003, 1, 1-6.

Osińska Milena¹, Krasuska Kinga¹, Rysiak Edyta², Jakubów Piotr³

1. Studenckie Koło Naukowe „Farmacji Społecznej” przy Zakładzie Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Chemii Leków, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Ból i depresja u pacjentów po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych

Wstęp

Choroby układu krążenia stanowią główną przyczynę zgonów na świecie, również w Polsce. Co roku obserwuje się wzrost zapadalności i śmiertelności z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego [1]. Umieralność w następstwie chorób kardiologicznych w Polsce należy do najwyższych w Europie i zajmuje pierwsze miejsce na liście przyczyn zgonów [2]. Według Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego prawie 500 osób dziennie umiera z powodu schorzeń układu krążenia, wśród których co piąty dotyczy pacjentów poniżej 65-go roku życia [3].

Rozwój cywilizacji, zmiana stylu życia i sposobu odżywiania oraz przewlekły stres doprowadziły do wzrostu zapadalności na choroby cywilizacyjne w społeczeństwie, między innymi na chorobę wieńcową [4]. Schorzenie to wywołane jest zaburzeniem równowagi pomiędzy wielkością przepływu wieńcowego a zapotrzebowaniem mięśnia sercowego w związku energetyczne oraz tlen [5]. Miażdżycza prowadząca do znacznego zwężenia światła tętnic stanowi główną przyczynę rozwoju choroby naczyń wieńcowych [6]. Istotną rolę w patogenezie chorób sercowo-naczyniowych odgrywają czynniki ryzyka opisane po raz pierwszy przez W. B. Kannela w pracy naukowej „The Framingham Heart Study”, które istotnie statystycznie zwiększają zapadalność lub śmiertelność [7]. Podobne zależności zostały wykazane w badaniach Seven Countries Study, Nurses’ Health Study, Women’s Health Initiative, Bussoldom Helach Ostudy oraz w badaniu INTERHEART [8, 9, 10, 11]. Według WHO modyfikacja niektórych czynników takich jak styl życia, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe znacznie redukuje ryzyko rozwoju choroby [12]. Nadciśnienie tętnicze

(skurczowe powyżej 142 mmHg), cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej (stężenie cholesterolu powyżej 245mg/dl) oraz otyłość i inne przewlekłe zaburzenia stanu zdrowia ponad 20-krotnie zwiększają zagrożenie wystąpienia schorzeń serca, wymagających hospitalizacji i kosztownego leczenia przez wiele lat [13]. Wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne należą do czynników niemodyfikowalnych [14]. Wraz z wiekiem powyżej 45 r.ż. u mężczyzn i 55 r.ż. u kobiet wzrasta ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia. Jednak w chwili obecnej zapadalność u obu płci jest porównywalna. Wynika to z negatywnych zachowań zdrowotnych m.in. nadużywania alkoholu, palenia papierosów czy stresującej pracy. Wystąpienie choroby wieńcowej u członków rodziny przed ukończeniem 60-go roku życia zwiększa ponad 2 – krotnie ryzyko zachorowania krewnych [15].

Choroba wieńcowa w znacznym stopniu ogranicza zdolność pacjenta do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym, pogarsza jego sprawność fizyczną oraz jakość życia [16]. Ból występujący po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych jest zjawiskiem niekorzystnym, opóźniając proces zdrowienia oraz powodując szereg powikłań pooperacyjnych. W sytuacji pacjentów fakt przybycia do szpitala oraz oczekiwanie na zabieg wywołuje sytuację stresową, co wiąże się z nasileniem doznań bólowych.

Cel pracy

Celem pracy była:

1. Ocena stopnia natężenia bólu po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych.
2. Porównanie nasilenia odczuwanego bólu z użyciem krążenia pozaustrojowego oraz bez jego zastosowania.
3. Ocena wpływu zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych na obniżenie nastroju.
4. Ocena wpływu bólu na występowanie obniżonego nastroju i powstanie depresji.
5. Wpływ czynników ryzyka choroby wieńcowej w aspekcie zachowań bólowych.

Material i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Kardiochirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w okresie od 01.01.2009r. do 30.04.2009r.

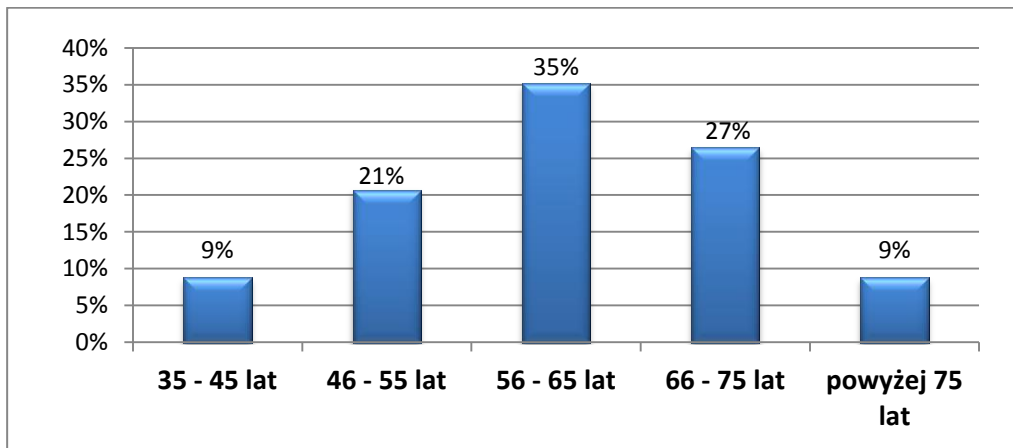
Badaniem objęto łącznie 50 pacjentów, z czego 25 pacjentów po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych z użyciem krążenia pozaustrojowego oraz 25 pacjentów po zabiegu bez użycia krążenia pozaustrojowego.

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, którą stanowiła ankieta własna składająca się z 27 pytań, skala wzrokowo - analogowa VAS, skalą Depresji Becka składająca się z pytań od A do U.

Wyniki

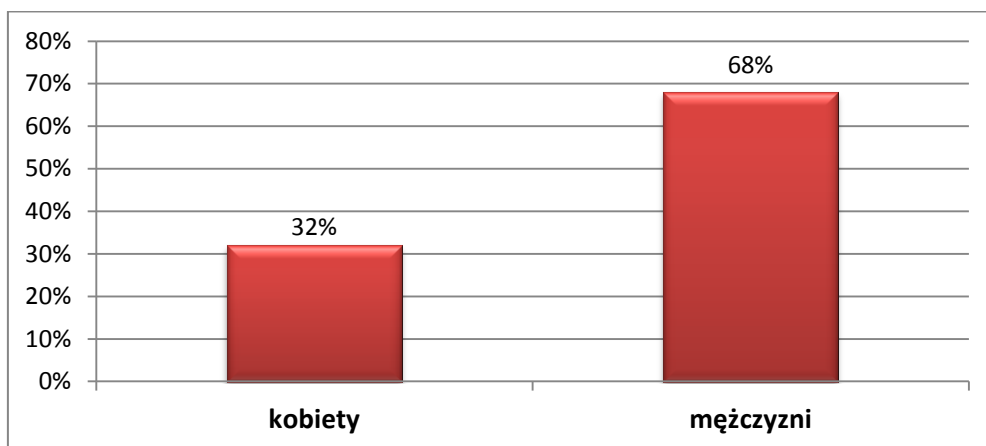
Charakterystyka grupy badawczej

Z poniższych danych wynika, że na chorobę niedokrwienną serca najczęściej zapada populacja w przedziale 56-65 lat (35%). Również pacjenci w wieku 66-75 lat znajdują się w grupie wysokiego ryzyka (27%) (Rycina 1).



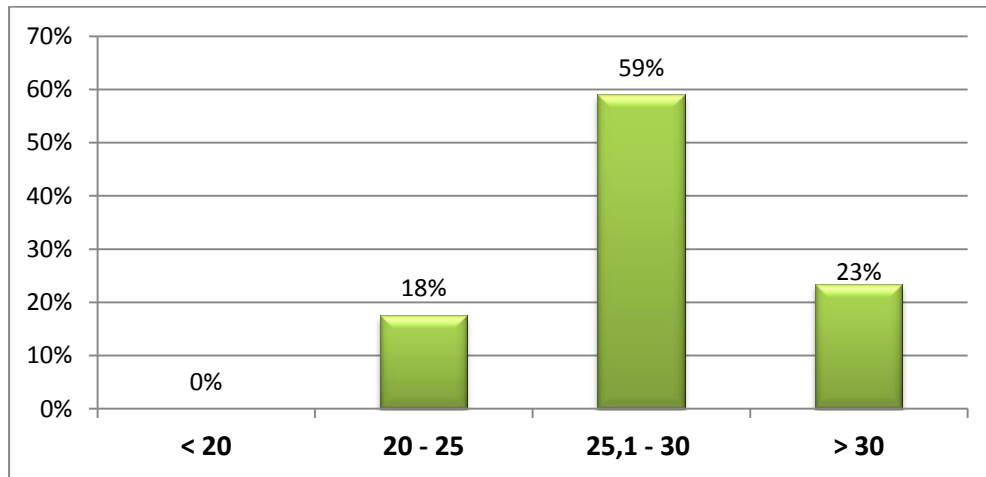
Rycina 1. Wiek respondentów

Choroba wieńcowa znacznie częściej dotyka mężczyzn (68%). Wynika to z zaniedbywania swojego zdrowia i nieprawidłowego odżywiania, unikania lekarzy, stosowania używek w większym stopniu przez mężczyzn niż kobiety. Niemniej jednak 32% kobiet również cierpi na chorobę niedokrwienną serca (Rycina 2).

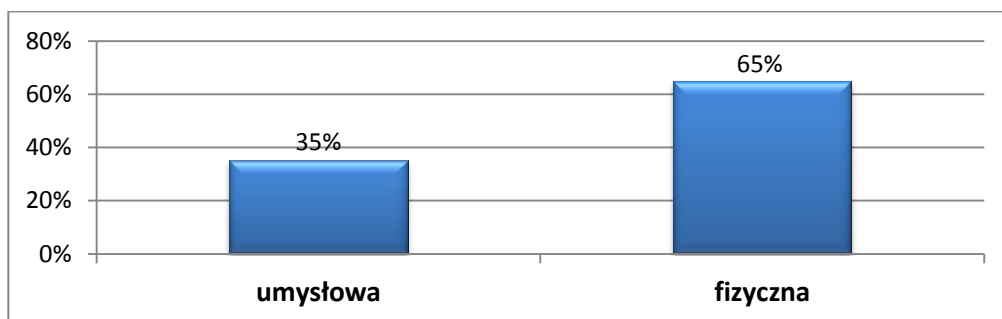


Rycina 2. Płeć respondentów

Otyłość jest istotnym czynnikiem etiologicznym choroby wieńcowej. Predysponuje do powstania miażdżycy, nadciśnienia tętniczego krwi i cukrzycy. Wśród badanych 59% chorych cierpi na nadwagę, a 23% ma otyłość. Pacjenci ze zwiększoną masą ciała znajdują się w grupie zwiększonego ryzyka powikłań po zabiegu, szczególnie dotyczących układu oddechowego (Rycina 3). 65% ankiетowanych wykonywało pracę fizyczną, zaś 35% badanych pracę umysłową (Rycina 4).

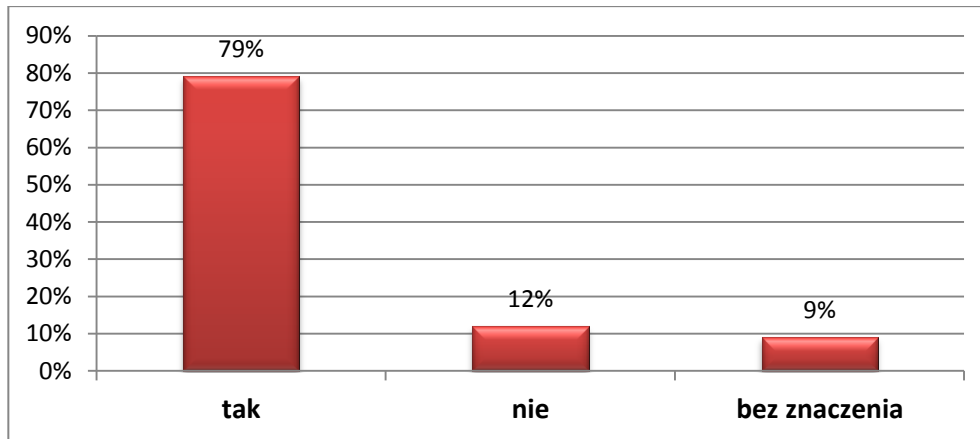


Rycina 3. BMI (indeks masy ciała)



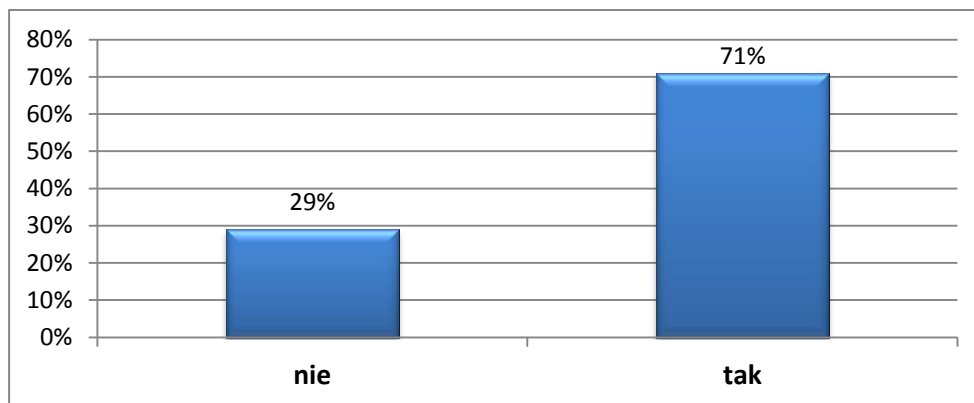
Rycina 4. Rodzaj wykonywanej pracy

Lęk jest nieodłączną reakcją pacjentów towarzyszącą zabiegom operacyjnym. Dane wykazują, że 79% badanych pacjentów odczuwa lęk przed operacjami, dla 9% jest to bez znaczenia, a tylko 12% nie odczuwa stresu i lęku przed zabiegiem (Rycina 5).



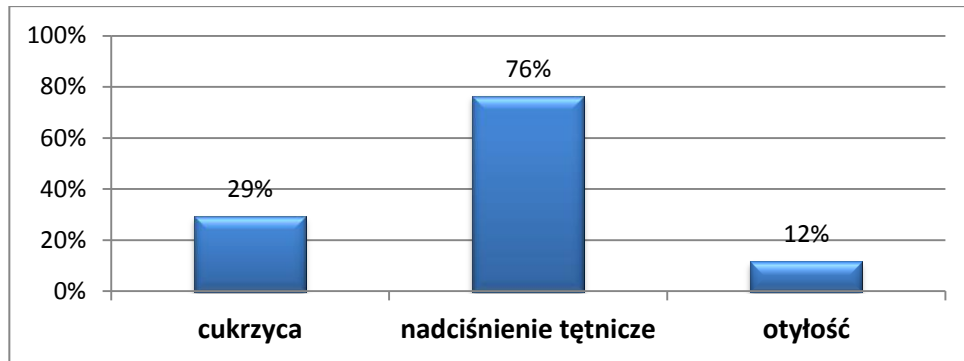
Rycina 5. Lęk przed zabiegiem

71% ankietowanych stosowało używki w postaci papierosów oraz nadmiernego spożywania alkoholu, wywierając tym duży wpływ na rozwój chorób serca (Rycina 6).



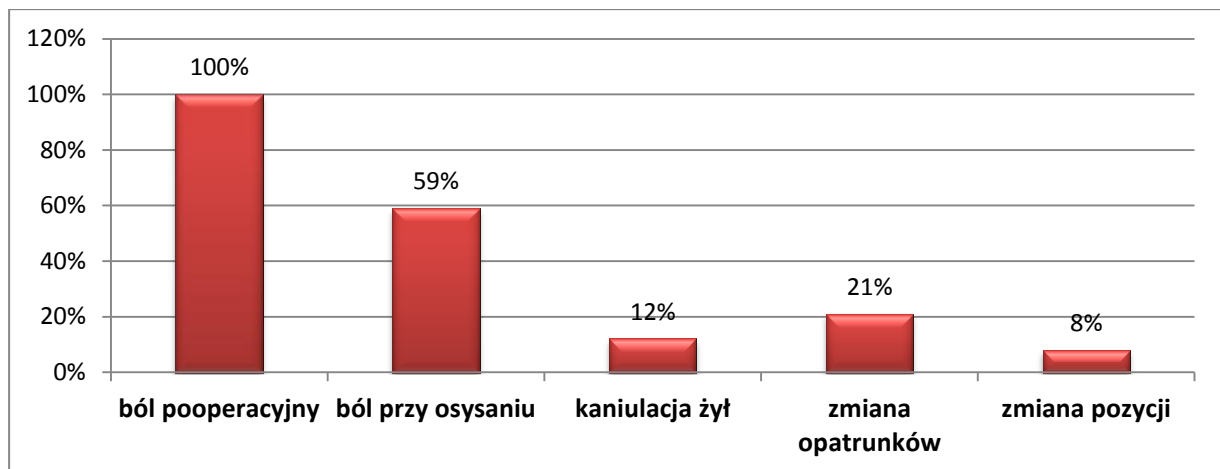
Rycina 6. Stosowanie używek wśród grupy badawczej

Nadciśnienie tętnicze jest ogólnościowym problemem współczesnego społeczeństwa. Nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej, stosowanie używek przyczyniają się do powstania wielu schorzeń, w tym nadciśnienia tętniczego. Ankietowani aż w 76% cierpią na nadciśnienie tętnicze, 29% ma cukrzycę, a otyłość dotyczy 12% chorych (Rycina 7).



Rycina 7. Występowanie chorób współistniejących według pacjenta

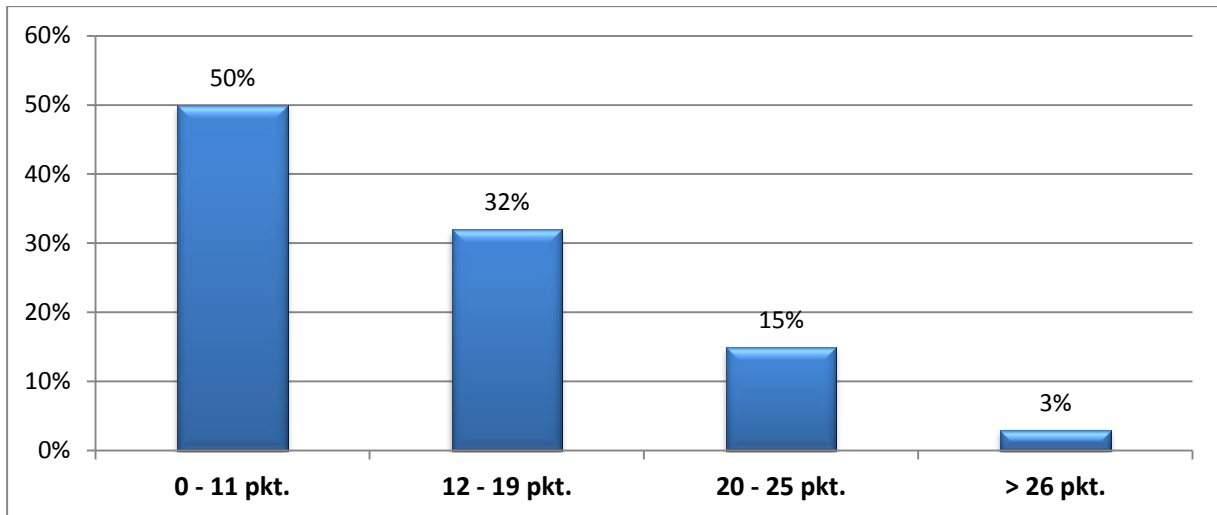
Okres pooperacyjny jest dla pacjenta czasem traumatycznych przeżyć. Silny ból pooperacyjny odczuwa 100% ankietowanych pacjentów. Ból przy odsysaniu zgłasza 59% ankietowanych. Zmianę opatrunków jest nieprzyjemnym doznaniem dla 21%, kaniulacja żył u 12% oraz zmiana pozycji u 8% pacjentów. Każda z w/w czynności jest dla pacjenta nieprzyjemnym doznaniem, który powoduje silny ból. Dlatego tak ważne jest maksymalne złagodzenie dolegliwości bólowych, wywierając tym samym korzystny efekt na proces zdrowienia pacjenta (Rycina 8).



Rycina 8. Przyczyny bólu

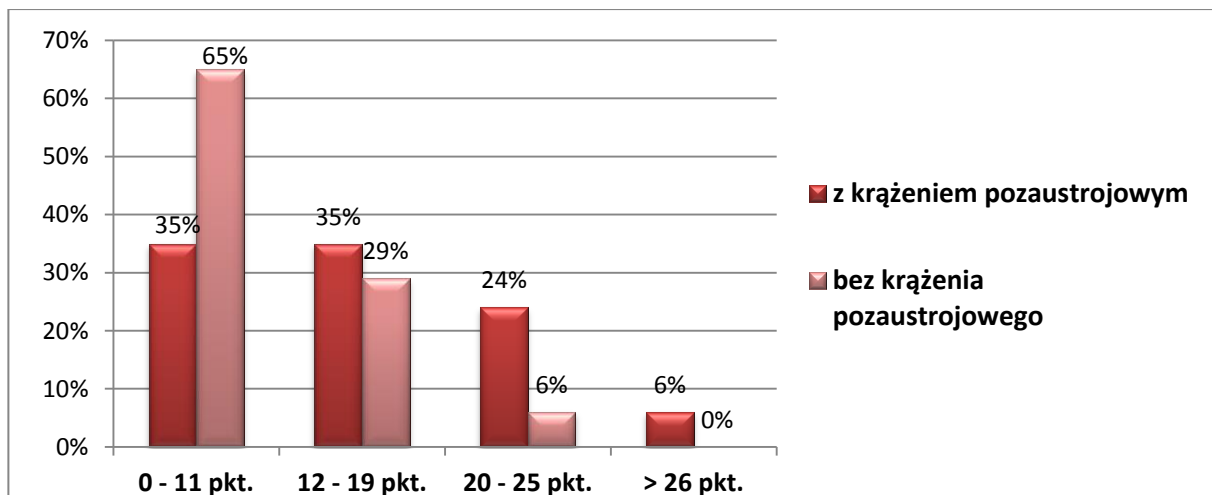
Analiza części szczegółowej badań

Poniższa rycina przedstawia zjawisko występowania depresji wśród pacjentów po zabiegu operacyjnym. U połowy ankietowanych nie zdiagnozowano depresji. 32% pacjentów rozwinęło łagodną postać depresji, 15% średnie nasilenie, natomiast u 3% występują objawy ciężkiej depresji, wymagającej specjalistycznego leczenia. Szereg sytuacji stresowych, lęk, obawa, dolegliwości bólowe, pogorszenie aktywności fizycznej należą do czynników predysponujących do rozwoju zaburzeń nastroju (Rycina 9).



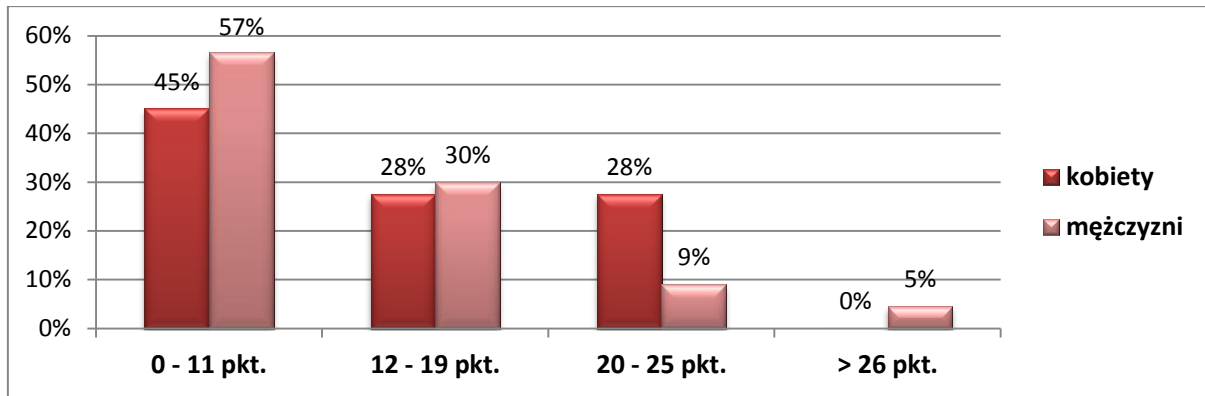
Rycina 9. Ocena depresji wśród całej grupy badawczej

Pacjenci operowani metodą krążenia pozaustrojowego znacznie częściej narażeni są na powikłania niż pacjenci poddani procedurze bez zastosowania krążenia pozaustrojowego. Spośród ankietowanych 35% pacjentów operowanych z użyciem krążenia pozaustrojowego ma łagodną depresję, 24% rozwinęło średnie nasilenie depresji, a ciężką postać 6% pacjentów. Przyczyną tego zjawiska jest wydłużony czas powrotu do zdrowia, a tym samym rekonwalescencji, prowadzący do ciężkich zaburzeń psychicznych pacjenta (Rycina 10).



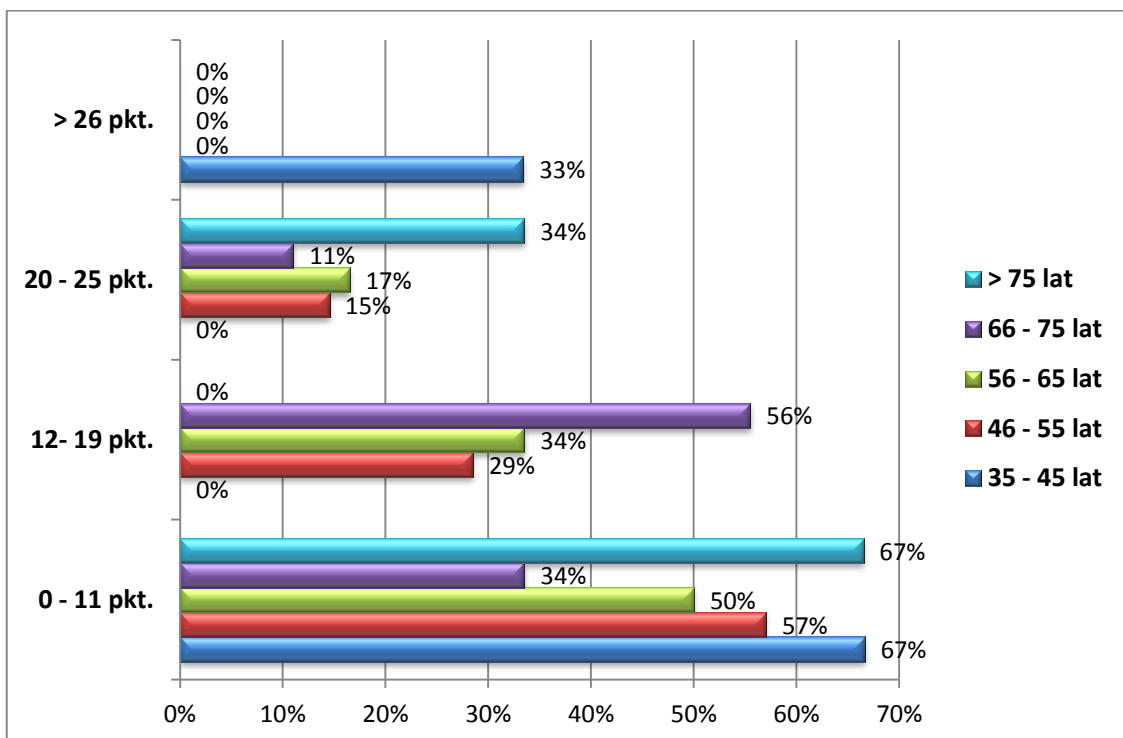
Rycina 10. Ocena depresji z uwzględnieniem krążenia pozaustrojowego

Poniższe dane wykazują na podobne występowanie łagodnej depresji po zabiegu operacyjnym w grupie kobiet i mężczyzn (28% vs. 30%). Średnią postać depresji obserwujemy znacznie częściej wśród kobiet niż mężczyzn (28% vs. 9%). Natomiast ciężką depresję zdiagnozowano u 5% mężczyzn. 56% ankietowanych mężczyzn i 45% kobiet doświadczyło obniżenia nastroju (Rycina 11).



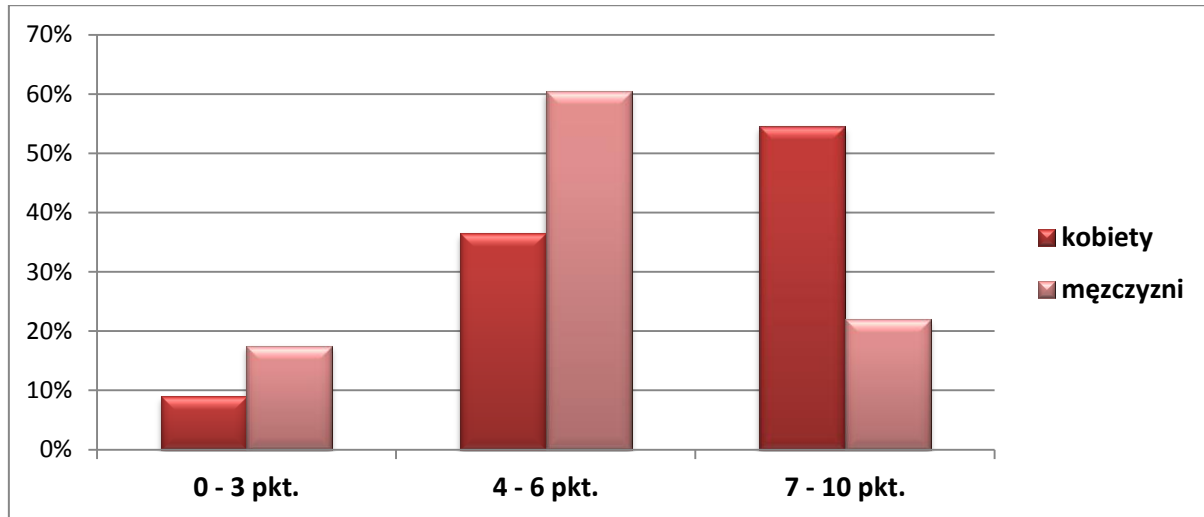
Rycina 11. Ocena depresji według płci

W przedziale wiekowym 35-45 lat odsetek 67% pacjentów nie wykazuje objawów depresji, natomiast 33% z nich doświadcza ciężkiej depresji. W grupie wiekowej 46-55 lat 57% osób ma obniżony nastrój, 29% łagodną depresję, 15% średnio-nasiloną depresję. W przypadku pacjentów w wieku od 56–65 lat połowa z nich ma obniżony nastrój, łagodną depresję ma 34% ankietowanych, 17% średnią depresję, zaś ciężkiej depresji nie obserwujemy. W przedziale wieku 66-75 lat najczęściej obserwowane jest występowanie łagodnej depresji (56%), a 34% badanych doświadcza obniżonego nastroju. Odsetek 11% pacjentów rozwija średnią depresję. Powyżej 75 r.ż. u 67% ankietowanych występuje obniżony nastrój, łagodnej oraz ciężkiej depresji nie zaobserwowano. Ludzie starsi są znacznie mniej podatni na stres, wykazują większą odporność psychiczną (Rycina 12).



Rycina 12. Ocena depresji według wieku

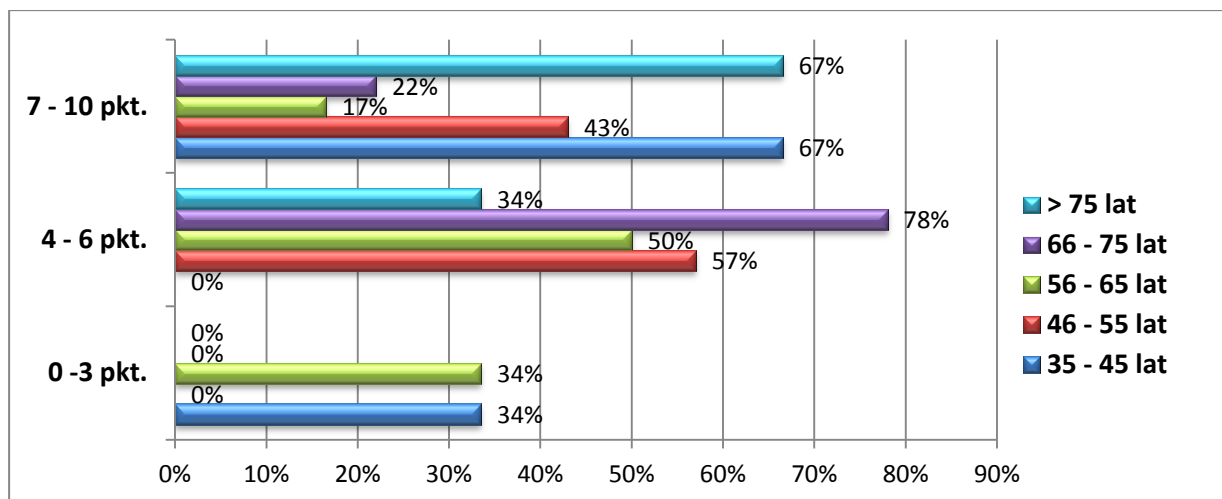
W grupie kobiet najczęściej występuje silny ból (55%), następnie umiarkowany u 37%, a 8% pacjentek nie doświadcza dolegliwości bólowych. W przypadku mężczyzn 61% z nich odczuwa ból umiarkowany, 21% silny ból, a 18% mężczyzn nie doświadcza wrażeń bólowych. Oznacza to, że znacznie więcej mężczyzn odczuwa ból umiarkowany, zaś więcej kobiet określa swój ból, jako silny, nie do zniesienia (Rycina 13).



- ✓ 0-3pkt. brak odczucia bólu lub bardzo słaby ból
- ✓ 4-6 pkt. ból umiarkowany
- ✓ 7 do 10 pkt. ból silny

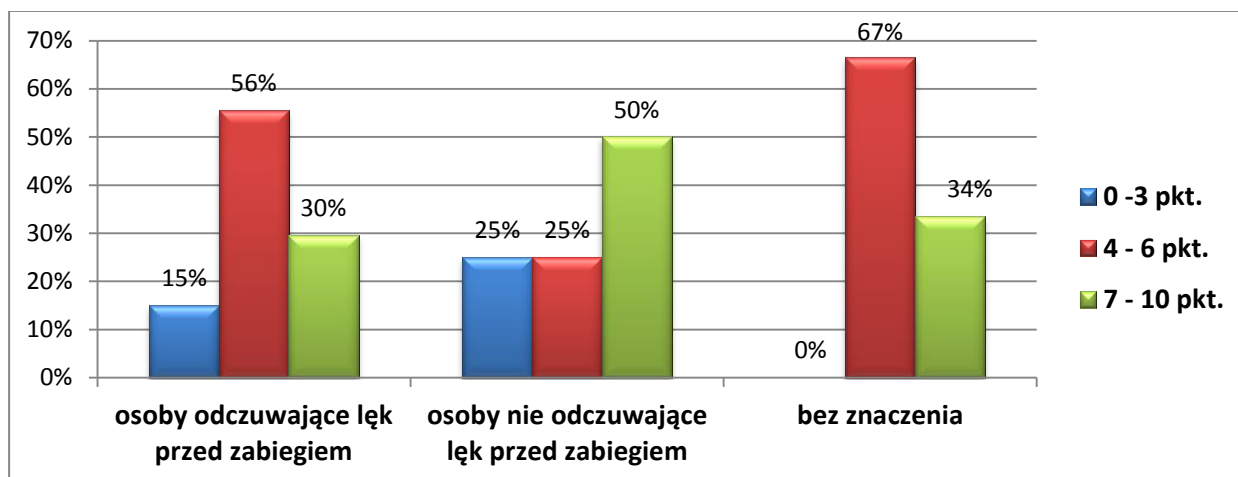
Rycina 13. Ocena nasilenia bólu według Skali VAS u kobiet i mężczyzn

Pacjenci w przedziale wiekowym 35-45 lat w 34% odczuwali słaby ból, bólu umiarkowanego nie odnotowano, zaś z silnym bólem utożsamia się 67% ankietowanych w danej grupie wiekowej. 57% ankietowanych w wieku 46–55 lat odczuwa ból umiarkowany, do bólu silnego przypisuje się 43% ankietowanych, bólu lekkiego nie odczuwa żaden ankietowany w danym przedziale wiekowym. Pacjenci z grupy wiekowej 66- 75 lat bólu najłagodszego nie odczuwali, z bólem umiarkowanym zmagają się 78% osób, a silny ból odczuło 22%. W wieku powyżej 75 lat silny ból odczuwa aż 67% osób. Okazuje się, iż osoby starsze odczuwają częściej silny ból niż osoby młodsze (Rycina 14).



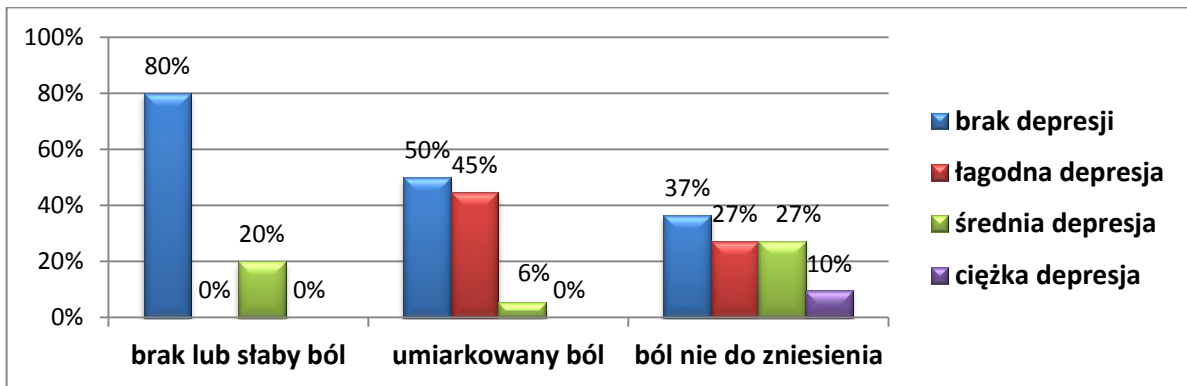
Rycina 14. Ocena nasilenia bólu według Skali VAS w różnym przedziale wiekowym

Rycina 15 przedstawia stopień nasilenia bólu pod kątem odczuwanego lęku przed zabiegiem operacyjnym. Pacjenci, którzy nie odczuwali lęku przed zabiegiem znacznie częściej sygnalizowali występowanie bólu silnego (50% vs. 30%) i słabego (25% vs. 15%) niż w przypadku osób zgłaszających uczucie lęku przed zabiegiem. Respondenci, którzy odczuwali lęku przed zabiegiem ponad dwukrotnie częściej doświadczyli bólu umiarkowanego (56% vs. 25%). W przypadku osób, dla których zabieg pozostawał bez znaczenia najczęściej zgłaszali występowanie bólu umiarkowanego (67%) i silnego (34%).



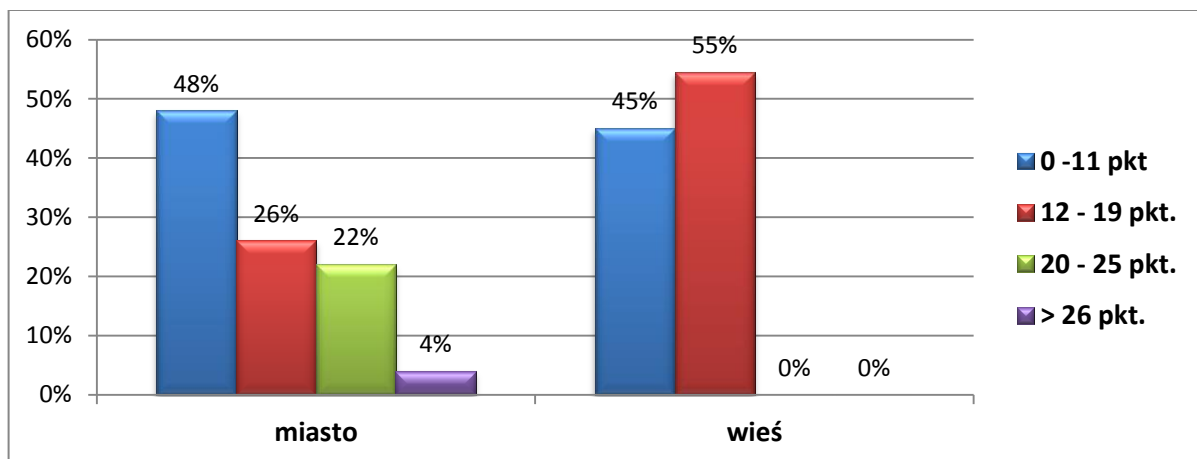
Rycina 15. Wpływ lęku na nasilenie bólu

Brak uczucia bólu lub też słaby ból nie jest powiązany z występowaniem depresji. Ból umiarkowany w większym stopniu wpływa na psychikę pacjenta- 45% pacjentów zgłasza objawy sugerujące łagodną depresję, a 6% średnio nasiloną. Z występowaniem zaburzeń depresyjnych najbardziej związane jest odczuwanie bólu silnego, opisywanego przez chorych, jako nie do zniesienia. U 10% pacjentów rozwija się ciężka depresja, natomiast średnia i łagodna u 27% (Rycina 16).



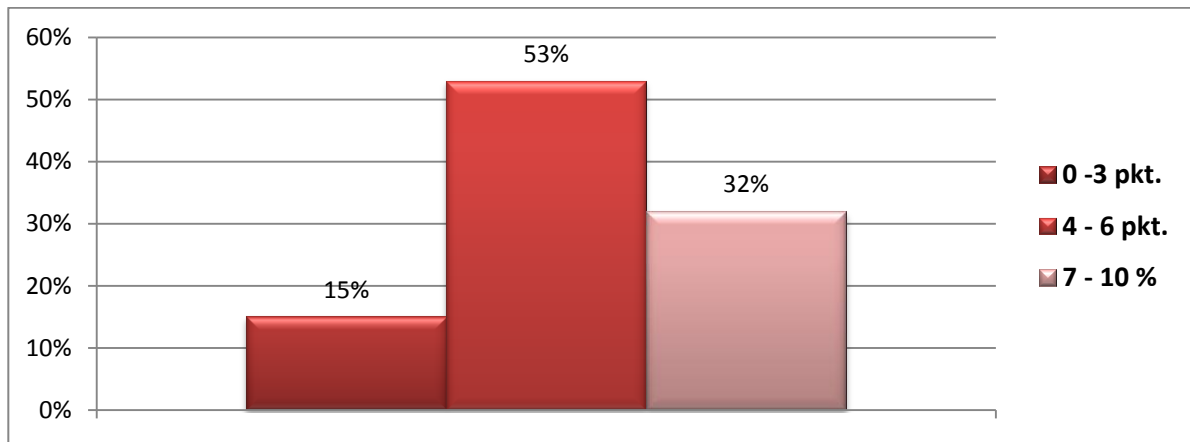
Rycina 16. Wpływ bólu na pojawienie się depresji

Obniżony nastrój dotyczył w podobnym stopniu chorych mieszkających w mieście i na wsi (48% vs. 45%). Pacjenci mieszkający na wsi prawie dwukrotnie częściej mieli łagodną depresję w porównaniu do osób z obszarów miejskich (55% vs. 26%). 22% osób mieszkających w mieście miało średnią depresję, a 4% silną depresję. Pacjenci mieszkający na wsi nie przejawiali objawów średniej i ciężkiej depresji (Rycina 17).



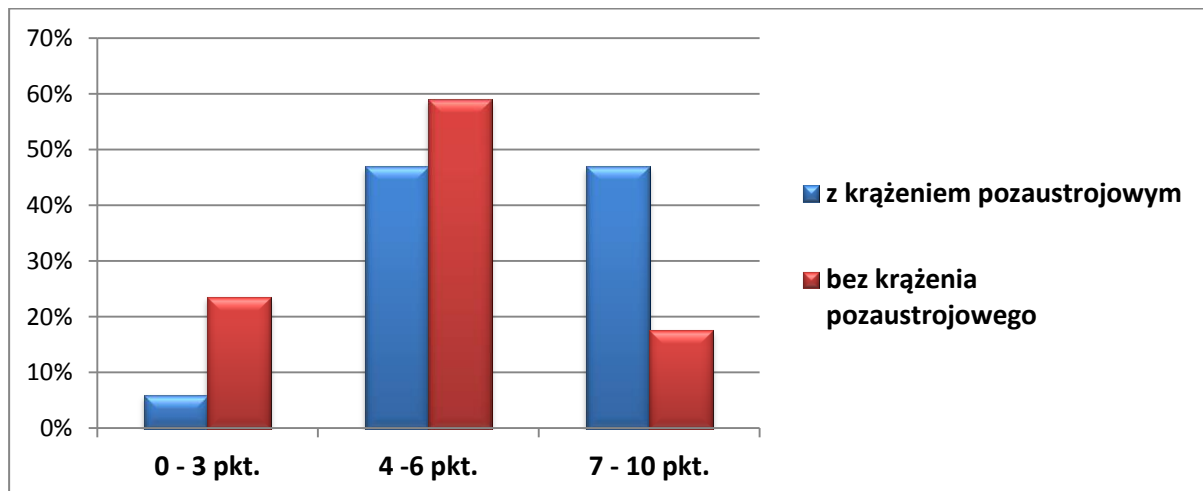
Rycina 17. Ocena występowania depresji wśród respondentów według miejsca zamieszkania

Zilustrowane na Rycinie 18 dane, wykazują, że większość grupy badawczej (53%) odczuwała ból umiarkowany, 32% badanych zgłaszało ból bardzo silny, nie do zniesienia. Słaby ból zaobserwowano u 15% ankietowanych.



Rycina 18. Ocena nasilenia bólu wśród respondentów

Pacjenci operowani bez zastosowania krążenia pozaustrojowego w 23% ocenili ból jako słaby, 59% osób twierdzi wystąpienie bólu umiarkowanego, a 18% doświadczyło silnego bólu. U pacjentów operowanych z użyciem krążenia pozaustrojowego słaby ból występował u 6% ankietowanych, zaś ból umiarkowany i nie do zniesienia na tym samym poziomie stwierdza się u 47% badanych. Pacjenci operowani z użyciem krążenia pozaustrojowego znacznie silniej odczuwają ból niż pacjenci operowani bez użycia krążenia (Rycina 19).



Rycina 19. Ocena nasilenia bólu z uwzględnieniem krążenia pozaustrojowego

Dyskusja

Według Światowej Organizacji Zdrowia, choroby serca są odpowiedzialne za 12 milionów zgonów rocznie. Choroba wieńcowa jest schorzeniem przewlekłym, powodującym poważne zaburzenia zdrowotne i emocjonalne, stając się przyczyną wysokiej umieralności i inwalidztwa, zarówno w Polsce, jak i na Świecie [17].

Według naukowców najczęstszymi przyczynami rozwoju choroby niedokrwiennej serca są: miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, nałogowe palenie tytoniu. Czynniki, które również predysponują do powstania choroby wieńcowej są: nieprawidłowy styl życia, nadwaga, otyłość, niska aktywność fizyczna oraz przewlekły stres. W przeprowadzonym badaniu wykazano, iż 76% ankietowanych choruje na nadciśnienie, 29% ma cukrzycę oraz 12% cierpi na otyłość. Dlatego też uzasadnione jest wczesne wdrażanie profilaktyki, która zmniejszy liczbę osób hospitalizowanych z powodu choroby naczyń wieńcowych [18]. Prewencja powinna obejmować edukację społeczeństwa, redukcję masy ciała, zaprzestanie palenia papierosów i spożywania alkoholu oraz zwiększenie aktywności fizycznej. Mimo rozpowszechnionej profilaktyki coraz częściej wykonuje się zabiegi przezskórnej śródnaczyniowej angioplastyki (PTCA) [19]. W przypadku, kiedy nie przynosi ona pożądanych efektów wykonywany jest zabieg pomostowania naczyń wieńcowych [20].

Pacjenci po operacjach kardiochirurgicznych narażeni są na występowanie bardzo silnego bólu, powodującego dyskomfort i obniżenie jakości życia. Odczucia bólowe mogą mieć różne nasilenie w zależności od metody, jaką jest wykonany zabieg pomostowania. Technika z użyciem krążenia pozaustrojowego wiąże się z występowaniem znacznie większego bólu w porównaniu do zabiegu bez użycia krążenia. Zdaniem niektórych autorów odczuwanie bólu przez mężczyzn i kobiety różni się, w związku z niższym progiem bólowym kobiet [21], jednak na podstawie badań własnych obserwuje się niemalże wyrównane proporcje. Golec i wsp. opisują występowanie silniejszego bólu wśród kobiet niż mężczyzn. Ponadto osoby starsze po 60 r.ż. były odporniejsze na ból niż ludzie młodzi, jednak bez istotnej różnicy [22].

Występowanie bólu skutkuje rozwojem powikłań pooperacyjnych, w tym obniżenia nastroju, prowadzącego do depresji, pogorszenia stanu zdrowia, wydłużenia rekonwalescencji. Z przeprowadzonych badań wynika, iż 32% badanych cierpi na łagodną depresję, 15% rozwinęło umiarkowaną depresję i 3% ciężką postać. Według Dudek i Zięby nastroje depresyjne pojawiają się u znacznej liczby pacjentów z chorobą niedokrwinną serca,

najczęściej są one przejściowe, jednakże u 16-22% chorych wykazują większe nasilenie i skutkują wystąpieniem przewlekłego epizodu depresyjnego [23]. Ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych wzrasta wśród pacjentów odczuwających lęk przed zabiegiem, gdy przygotowanie psychiczne było niekompletne. W badaniu 79% ankietowanych odczuwało lęk przed zabiegiem. Według Kapały poziom lęku może wzrastać w przypadku negatywnych doświadczeń pacjenta w czasie pobytu w szpitalu. Dostarczenie informacji pacjentowi pozwala na redukcję napięcia, co poprawia ogólny stan emocjonalny [24]. Analiza zebranych danych z uwzględnieniem płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz metody, jaką był wykonany zabieg, wywierają istotny wpływ na powstanie depresji pooperacyjnej. Zaobserwowaliśmy występowanie u 28% kobiet zarówno łagodnej, jak i średnio nasilonej postaci depresji. Natomiast 30% mężczyzn rozwinęło łagodną postać zaburzeń, 9% średnią, a u 5% chorych objawy wskazują na ciężką depresję. Zatem u kobiet istnieje mniejsze ryzyko wystąpienia ciężkiej depresji, będącej procesem przewlekłym, najczęściej dotykającym społeczeństwo w przedziale wiekowym 35-45 lat. Młodzi ludzie są mniej podatni na stres, a tym samym bardziej narażeni na rozwój zaburzeń depresyjnych. Wśród pacjentów pochodzących z miasta zauważa się występowanie średniej i ciężkiej depresji, czego nie dostrzega się wśród pacjentów mieszkających na obszarach wiejskich.

Mimo zaawansowanego rozwoju medycyny, choroba wieńcowa jest poważnym problemem w społeczeństwie, powodującym wiele cierpienia i powikłań. Zabiegi operacyjne obarczone są dużym ryzykiem powikłań, jednakże w wielu przypadkach jest to zabieg ratujący życie. Długotrwała hospitalizacja uniemożliwia choremu wypełniania jego ról społecznych i obowiązków rodzinnych, przyczyniając się do poczucia bezsilności, przewlekłego stresu, a w konsekwencji zaburzeń depresyjnych [25].

Mimo znajomości czynników ryzyka, nie obserwuje się znacznego zmniejszenia liczby osób zapadających na chorobę wieńcową. Szczególną opieką powinni być objęci pacjenci z grupy największego ryzyka. Niezbędne jest wprowadzenie pozytywnych zmian w stylu, co pozwoli zredukować poczucie stresu w związku z zabiegiem, bólem pooperacyjnym, poprawi jakość życia chorego, a tym samym wydłuży życie chorego.

Wnioski

1. Choroba niedokrwienności serca dotyczy najczęściej populacji męskiej po 50 roku życia z problemem nadwagi i chorób współistniejących, wymagającej leczenia operacyjnego.

2. Pacjenci po zabiegu pomostowania naczyń wieńcowych doświadczają objawów bólowych związanych z wykonywaną procedurą, a także zaburzeń depresyjnych negatywnie wpływających na proces zdrowienia.
3. Natężenie bólu pooperacyjnego zależne jest od płci, wieku oraz metody wykonanego zabiegu (z użyciem lub bez krążenia pozaustrojowego). Płeć męska z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego doświadcza najsilniejszych objawów bólowych związanych z przeprowadzonym zabiegiem.
4. Intensywność odczuwanego bólu warunkuje rozwój objawów depresji u pacjentów po zabiegu operacyjnym. Szczególnie mieszkańcy obszarów wiejskich poddani zabiegowi pomostowania naczyń wieńcowych z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego znajdują się w grupie wysokiego ryzyka rozwoju depresji.
5. Obecność objawów depresji u pacjentów utrudnia, a tym samym wydłuża proces leczniczy. W związku z tym niezbędna jest wczesna ocena ryzyka wystąpienia depresji po zabiegach pomostowania naczyń wieńcowych.
6. Kluczowa jest postawa personelu medycznego wykazująca czujność w okresie przed- i po zabiegowym, szczególnie w zakresie zdrowia psychicznego, przyczyniając się tym samym do redukcji doświadczanego stresu oraz napięcia przed zabiegiem oraz bólu i objawów depresji po dokonaniu pomostowania naczyń wieńcowych.

Piśmiennictwo

1. Wojtyniak B., Goryński P., Rabczenko D. i wsp.: Umieralność przedwczesna i ogólna z powodu chorób układu krążenia w Polsce na tle sytuacji w Unii Europejskiej, Europie i USA. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, 2007.
2. Majewicz A., Marcinkowski J.T.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89, 322–325.
3. Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P. i wsp.: Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiologia Polska*, 2013, 71, 381-92.
4. Banasiak W., Opolski G., Polański L.: *Choroby serca*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008, 897.
5. Latkowki B., Lukas W.: *Medycyna Rodzinna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 177-194.

6. Skoczyńska A.: Rola lipidów w powstawaniu miażdżycy The role of lipids in atherogenesis. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2005, 59, 346-357.
7. Kannel W. B., Dawber T., Kagan A. et al.: Factors of risk in the development of coronary heart disease – six year follow-up experience. The Framingham Study. *Annals of Internal Medicine*, 1961, 55, 33–50.
8. Coronary heart disease in seven countries. Summary. *Circulation*, 1970, 41(4), I186 – I195.
9. Belanger C.F., Hennekens C.H., Rosner B. et al.: The nurses' health study. *The American Journal of Nursing*, 1978, 78(6), 1039–1040.
10. Assaf A.R., Carleton R.A.: The Women's Health Initiative Clinical Trial and Observational Study: history and overview. *R. I. Med.*, 1994, 77(12), 424–427.
11. Welborn T.A., Cumpston G.N., Cullen K.J. et al.: The prevalence of coronary heart disease and associated factors in an Australian rural community. *American Journal of Epidemiology*, 1969, 89, 521–536.
12. The World Health Report 2001. World Health Organization, Geneva 2001.
13. Stamler J., Stamler R., Neaton J.D.: Blood pressure, systolic and diastolic, and cardiovascular risk: US population data. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153, 598–615.
14. Sulicka J., Fornal M., Gryglewska B. i wsp.: Wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2006, 10(5), 370–376.
15. Woodward M., Brindle P., Tunstall-Pedoe H.: Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Scottish Heart Health Extended Cohort (SHHEC). *Heart*, 2007, 93, 172–176.
16. Yusuf S., Hawken S., Ounpun S. et al.: Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case– control study. *Lancet*, 2004, 364, 937–52.
17. Kluszewski M.: Diagnostyka i leczenie niestabilnej dusznicy bolesnej. *Medycyna Praktyczna*, 1995, 2, 7-21.
18. Włodarczyk D., Wrześniewski K.: Choroba niedokrwienna serca- Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004, 211-223.

19. Reczuch K.: Przeszkórna śródnaczyniowa angioplastyka tętnic wieńcowych [w:] Kardiologia Inwazyjna, Polański L., Zembala M. (red.). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 1998, 52-84.
20. Religa Z.: Zarys kardiologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993, 214-225.
21. Dobrogowski J., Wordliczek J.: Medycyna Bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, 411-443.
22. Golec A., Dobrogowski J.: Zaburzenia depresyjne i ból przewlekły. Ból, 2004, 5(4), 35-43.
23. Dudek D., Zięba A.: Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2001.
24. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006, 17-41.
25. Salomon P.: Psychologia w medycynie. WSiP, Warszawa 2000, 50-54.

Bondaryk Urszula¹, Kowalczyk Krystyna²

1. Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ udaru niedokrwiennego mózgu na funkcjonowanie chorych

Wprowadzenie

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. WHO - World Health Organization) „udar mózgu jest to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa” [1].

Z danych epidemiologicznych wynika, że udar mózgu jest trzecim schorzeniem pod względem częstości występowania i przyczyną zgonów w krajach wysoko rozwiniętych (po chorobach układu krążenia i nowotworowych) wśród osób dorosłych. Wśród pacjentów, którzy przeżyli, 44–75% staje się osobami zależnymi od otoczenia [1, 2]. Za nieodzowny warunek sprawnego powrotu pacjenta do życia codziennego uważa się rehabilitację ruchową jako element terapii poudarowej. Ma ona za zadanie, adekwatnie do kolejnych okresów po udarze: zapobieganie powikłaniom, ograniczenie nieprawidłowych stereotypów ruchowych, zmniejszenie dolegliwości bólowych, uruchomienie oraz utrzymanie sprawności chorego. Uzyskuje się to między innymi dobór odpowiedniej rehabilitacji [1, 2].

Rozwinięcie

Ryzyko wystąpienia udaru wzrasta wraz z wiekiem. Na podstawie literatury można stwierdzić, że udary mózgu częściej występują u osób starszych, powyżej 70-go roku życia, niż w młodszych grupach wiekowych [1]. W Polsce współczynnik zachorowalności na tę chorobę wynosi 1,3 (kobiety) i 1,8 (mężczyźni) na 1000 mieszkańców [1].

Współczynnik umieralności z powodu udarów w Polsce wynosi 79 na 100 tys. kobiet i 106 na 100 tys. mężczyzn. Wskaźniki te są wyższe niż w krajach zachodnich Europy Zachodniej, czy Stanów Zjednoczonych [1]. Przyczyną wysokich wskaźników umieralności w Polsce jest gorszy wyjściowy stan zdrowia pacjentów obciążonych dodatkowo wysokimi czynnikami udaru, mniejsza kontrola nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i niedostateczna świadomość społeczeństwa w zakresie profilaktyki udaru [1].

Czynniki ryzyka niedokrwiennego udaru mózgu

Udar niedokrwienny mózgu jest efektem współdziałania kilku czynników, wśród których można wyróżnić [2]:

- zmiany patogenetyczne w naczyniach krwionośnych lub zmiany rozwijające się niezależnie od czynników ryzyka udaru niedokrwiennego;
- zmiany miażdżycowe i poza miażdżycowe w ścianie naczyń krwionośnych;
- nagłe zmniejszenie lub przerwanie przepływu krwi w naczyniu wskutek działania czynników patogenetycznych ryzyka udaru niedokrwiennego.

Dwa pierwsze czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego mózgu zazwyczaj rozwijają się latami. Ponieważ wskutek schorzenia dochodzi do nagłego upośledzenia krążenia mózgowego, dlatego też poza urazowymi przypadkami uszkodzenia naczynia, nie jest możliwe jego wystąpienie u zdrowej osoby [2].

Na podstawie licznych badań epidemiologicznych na powstanie udaru mózgu niedokrwiennego mają wpływ czynniki ryzyka modyfikowalne i niemodyfikowalne [2].

Czynniki ryzyka nie podlegające modyfikacji to [2]:

- wiek - ryzyko zwiększa się 2-krotnie co 10 lat, od 55-go roku życia;
- płeć;
- etniczne (rasa czarna i żółta);
- czynniki genetyczne;
- przebyty udar mózgu.

Czynniki ryzyka podlegające modyfikacji to [2]:

- nadciśnienie tętnicze;
- migotanie przedsionków, zawał mięśnia sercowego z zakrzepem przyściennym, wady zastawki serca;

- choroby naczyń: zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej, dysplazja włóknisto-mięśniowa;
- nadczynność tarczycy;
- zaburzenia gospodarki węglowodanowej (cukrzyca);
- zaburzenia gospodarki lipidowej (hipercholesterolemia);
- doustne preparaty antykoncepcyjne, HTZ;
- otyłość;
- hiperhomocysteinemia;
- palenie papierosów;
- nadużywanie alkoholu;
- brak aktywności fizycznej.

Wyniki przeprowadzonych badań w Polsce i na świecie wskazują, że istnieją również inne potencjalne czynniki ryzyka udaru mózgu. Zwiększone ryzyko wystąpienia udaru obserwowano również w przypadku występowania migreny, zażywania doustnych preparatów antykoncepcyjnych, nadużywania substancji psychoaktywnych (amfetaminy, kokainy), bezdechu śródsewnego, czy chrapania [2]. Podstawą różnych nieprawidłowości zwiększających ryzyko udaru mózgu a wykrywanych w trakcie badań laboratoryjnych są często zaburzenia metaboliczne, zaburzenia krzepnięcia czy stany zapalne [2].

Objawy przebytego niedokrwiennego udaru mózgu

W zależności od patogenezy udaru mózgu, objawy mogą być różne. Gdy została uszkodzona tętnica doprowadzająca krew do półkul mózgowych, objawem jest niedowład kończyny górnej, dolnej lub twarzy po jednej stronie ciała. W półkulach mózgu znajdują się obszary odpowiedzialne za ruch poszczególnych części ciała. Gdy uszkodzeniu ulegną obszary odpowiadające za czucie, występują takie objawy jak: drętwienie, osłabienie lub zniesienie czucia w obrębie twarzy, ręki, nogi. Wskutek uszkodzenia obszaru odpowiedzialnego za mowę dochodzi do zaburzenia mowy- afazji.

Na podstawie badań klinicznych afazję można podzielić na [4]:

- ruchową - chory rozumie co się do niego mówi, ale nie potrafi wypowiadać słów;
- czuciową - chory nie rozumie kierowanych do niego słów, jest w stanie mówić, ale jego słowa są niezrozumiałe;
- pełną - chory nie rozumie mowy i sam nie jest w stanie mówić.

Afazji towarzyszy niedowład kończyn po stronie prawej u osób praworęcznych i po stronie lewej u osób leworęcznych. Uszkodzenie płatów potylicznych powoduje zaburzenie połowy pola widzenia. W przypadkach niedokrwienia mózdzku występują takie objawy jak: zawroty głowy, zaburzenie równowagi i wymioty [4].

Małe ognisko niedokrwienne powoduje niedowład twarzy lub kończyny górnej, natomiast duże - całkowity paraliż połowy ciała ze zniesieniem czucia [4].

Do najcięższej postaci udaru mózgu należy udar pnia mózgu. W pniu mózgu znajdują się ośrodki regulujące ciśnienie krwi, prace serca i oddychanie. Uszkodzenie tych ośrodków powoduje niedowład czterech kończyn, zaburzenia świadomości, zaburzenia oddychania i krążenia krwi. Może dojść nawet do zatrzymania akcji serca [4].

Rokowanie w udarze jest uzależnione od jego rodzaju (niedokrwienny, czy krwotoczny), wielkości i umiejscowienia obszaru mózgu objętego uszkodzeniem, chorób współistniejących tj. niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, mających istotny wpływ na proces powrotu do zdrowia i rehabilitacji [4].

Osoby dotknięte udarem mózgu częściej są narażeni na rozwój depresji, są smutni, apatyczni, wykazują brak współpracy z rehabilitantem. Wszystko to znacznie utrudnia proces leczenia. W przypadku depresji stosowane są leki antydepresyjne i psychoterapia. Pacjenci z udarem mózgu mogą wykazywać objawy przymusowego płaczu lub śmiechu, z brakiem możliwości opanowania, niezależnie od ich woli. Zaburzenia te wymagają szczególnego zrozumienia i cierpliwości ze strony rodziny. Część chorych cierpi z powodu napadów padaczkowych. Napady te mogą pojawić się już w pierwszych dniach zachorowania lub w późniejszym okresie, nawet po kilkunastu miesiącach po przebytych udarze. Odpowiednia farmakoterapia zapobiega występowaniu kolejnych epizodów padaczkowych [4].

Objawy ostrzegawcze udaru mózgu

Według badań klinicznych, u co piątej osoby po przebytych udarze mózgu występowały objawy ostrzegawcze. Symptomy te to tzw. mały udar, zwany inaczej przemijającym niedokrwieniem mózgu (TIA - *transient ischemic attack*). Objawy trwają zwykle 15-60 minut, najdłużej do 24 godzin i ustępują samoistnie. Najczęściej są to [5]:

- nagle zaburzenia czucia po jednej stronie ciała (tzw. niedoczulica połowiczna) lub drętwienie połowy ciała;
- grymas twarzy po jednej z jej stron; szczególnie widoczne jest opuszczenie kącika ust;
- nagle osłabienie kończyn jednej ze stron ciała (tzw. niedowład połowiczny);

- nagle zaburzenia mowy, tj. niewyraźna mowa, utrata zdolności mówienia, trudności w zrozumieniu wypowiedzianych słów;
- nagle zaburzenia widzenia-charakterystyczne jest niedowidzenie na jedno oko lub niedostrzeżenie połowy pola widzenia (prawej lub lewej);
- nagle zawroty głowy z towarzyszącymi zaburzeniami równowagi.

Objawy tzw. małego udaru często poprzedzają wystąpienie udaru mózgu. U 10% osób, u których wystąpiły symptomy małego udaru, przeżywa w ciągu miesiąca udar mózgu. W przypadku wystąpienia przemijających objawów wskazane jest aby pacjent zgłosił się do lekarza, gdyż istnieje szansa szybkiego podjęcia właściwego leczenia i uniknięcia inwalidztwa [5].

Diagnostyka udaru mózgu niedokrwiennego

Z danych epidemiologicznych wynika, że diagnostyka powinna być wdrożona tak szybko, jak to jest możliwe w celu podjęcia odpowiedniego leczenia.

W celu poprawnego zdiagnozowania i zróżnicowania pomiędzy udarem niedokrwiennym i krwotocznym, wskazane jest wykonanie tomografii komputerowej (CT) głowy. Badanie to nie uwidocznia strefy niedokrwienia mózgu, dlatego, że w pierwszych godzinach jest ona niewidoczna. Tomografia komputerowa głowy wykonana w ciągu trzech godzin od zaistnienia incydentu udarowego ma decydujący wpływ na rodzaj leczenia chorego. Badaniem, które pozwala na dokładne rozpoznania choroby jest rezonans magnetyczny (MR) [5].

Kolejnym badaniem wykorzystywanym w diagnostyce choroby jest angiografia tętnic domózgowych (szyjnych i kręgowych wraz z ich odgałęzieniami mózgowymi). Za pomocą tego badania możliwe jest dokładne zobrazowanie, która tętnica jest niedrożna, w przypadku udaru niedokrwiennego, co umożliwia wdrożenie natychmiastowej inwazyjnej metody leczenia wewnątrznaczyniowego (angioplastyka, stenty, mechaniczna trombektomia-usunięcie skrzepu).

W przypadku, gdzie konieczne jest zlokalizowanie źródła materiału zatorowego, wykonywana jest ultrasonografia (np. tętnic szyjnych), arteriografia i echokardiografię [6].

Leczenie udaru niedokrwiennego mózgu

Udar mózgu to stan bezpośredniego zagrożenia życia. Niezmiernie ważny w leczeniu jest czas jaki minął od wystąpienia objawów i postawienia diagnozy, do rozpoczęcia leczenia.

Dlatego tak ważne jest, żeby osobę z podejrzeniem udaru, jak najszybciej przewieźć do szpitala z dobrze wyposażonym zapleczem diagnostycznym.

W przypadku podejrzenia udaru mózgu należy niezwłocznie zabezpieczyć czynności życiowe człowieka [6]. Wskazane jest ułożenie chorego w pozycji bezpiecznej, w celu nie dopuszczenia do zapadania tkanek miękkich lub zachłyśnięcia wymiocinami. Następnie należy wezwać zespół pogotowia ratunkowego i monitorować oddech i krążenie.

W Polsce, od roku 2003, na podstawie wytycznych Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Sercowo-Naczyniowych POLKARD, prowadzone jest leczenie trombolityczne w udarze niedokrwiennym w specjalnie przygotowanych do tego Oddziałach Udarowych. Leczenie lekami trombolitycznymi stosuje się tylko w przypadku braku przeciwwskazań, takich jak: wysokie ciśnienie tętnicze (ponad 185 mm Hg skurczowe), stosowane w okresie przed zachorowaniem leczenie doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi lub heparyną, świeży zawał mięśnia sercowego, wysoki poziom glikemii, małopłytkowość, także ciężki udar z głębokim niedowładem i zaburzeniami świadomości (w tym przypadku stosuje się specjalną skalę punktową). Niewłaściwie podjęte leczenie trombolityczne – poza czasowym oknem terapeutycznym lub przy pojawieniu się przeciwwskazań do leczenia może prowadzić do poważnych powikłań (wtórne ukrwotoczenie zawału).

Na podstawie badań klinicznych można stwierdzić, że współczesne leczenie udarów opiera się między innymi na zastosowaniu leczenia dożylnego za pomocą rt-PA pomiędzy 3 do 4,5 godziny od udaru, a nawet (przy podaniu do niedrożnej tętnicy domózgowej) do 6 godzin. Odpowiednio wcześnie podjęte leczenie powoduje nawet całkowite odwrócenie skutków udaru, zaś chory może powrócić do pełnej sprawności bez żadnych obciążeń neurologicznych. Nie zastosowanie leczenia trombolitycznego w prawidłowo i wcześnie rozpoznanym udarze niedokrwiennym mózgu jest poważnym błędem w sztuce lekarskiej, który doprowadza pacjenta do ciężkiego inwalidztwa [6].

W leczeniu udaru niedokrwiennego stosowana jest także mechaniczna trombektomia oraz angioplastyka i implantacja stentów [6].

Rehabilitacja pacjenta po przebytym udarze niedokrwiennym mózgu

Po udarze mózgu chory powinien mieć zapewnioną ciągłą, kompleksową i dostosowaną do możliwości rehabilitację. Szybkie wprowadzenie rehabilitacji w procesie leczenia chorego z udarem mózgu odgrywa decydującą rolę w odzyskaniu sprawności [7]. Dzięki specyficznemu treningowi i odpowiedniemu motywowaniu osoba rehabilitowana może mieć przywrócone zdolności ruchowe i zwiększyć utraconą niezależność [8].

Najbardziej skuteczna rehabilitacja to taka, która jest indywidualnie dobierana i planowana dla każdego pacjenta i prowadzona z udziałem wielospecjalistycznego zespołu rehabilitacyjnego [9].

ESO (European Stroke Organization- Europejska Organizacja Udarowa) opracowała postępowania rehabilitacyjne po udarze mózgu, które są stale aktualizowane. Wytyczne są aktualizacją zaleceń European Stroke Initiative (EUSI) i obejmują zarówno udar niedokrwienny mózgu, jak i napad przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) [10]. Zaleca się podjęcie na oddziale udarowym wczesnej wielodyscyplinarnej rehabilitacji. Powoduje to poprawę wyników leczenia wszystkich chorych niezależnie od wieku i płci bądź stopnia nasilenia objawów. Wielodyscyplinarny zespół powinien być doświadczony w leczeniu udaru i świadczyć opiekę lekarską, pielęgniarską, fizjoterapeutyczną i terapię zajęciową. Wskutek powyższych działań liczba dni spędzonych w łóżku u chorych może ulec zmniejszeniu. U osób, które nie są w stanie uczestniczyć aktywnie w rehabilitacji, zalecane jest wykonywanie ruchów biernych celem zapobiegania przykurczom i odleżynom. Należy podjąć odpowiednią farmakoterapię, pacjenta objąć opieką dietetyka, ortoptysty i pracownika socjalnego [11].

Wytyczne opracowane przez Grupę Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLARD (2008) dotyczą również udaru mózgu niedokrwiennego, jak i krwotocznego [6]. Uwzględniają odrębności panujące w Polsce, dotyczące organizacji służby zdrowia, dostępu do leków i procedur medycznych oraz tradycje [10]. Poniżej najważniejsze ustalenia [12]:

- pacjentów z umiarkowanym i lekkim udarem (powyżej 9 pkt. wg skali Barthel) powinno się obejmować programem, w którym są wcześniej wypisywani ze szpitala; należy otoczyć wówczas takich pacjentów wsparciem środowiskowym w celu obniżenia ryzyka zgonu lub ciężkiej niepełnosprawności;
- w bardzo krótkim czasie po uzyskaniu stabilizacji stanu chorego, należy rozpocząć rehabilitację czynną wraz z pionizacją. Leżąca pozycja pacjentów w pierwszych dobach po udarze mózgu może doprowadzić do powikłań w postaci stanów zapalnych górnych dróg oddechowych. Najlepsze efekty w usprawnianiu pacjentów uzyskuje się w ciągu 3-6 miesięcy od zachorowania;
- wybór formy fizykoterapii powinien uwzględniać indywidualne potrzeby chorego;
- dodatkową formą profilaktyki ponownego udaru powinna być kinezyterapia.

Obserwacje kliniczne pokazują korzystne rezultaty usprawniania pacjentów, którzy przechodzą wczesną rehabilitację poudarową, zwłaszcza gdy pozwala na to ich stan kliniczny. Powoduje to złagodzenie objawów uszkodzenia mózgu, poprawia funkcjonowanie i niezależność pacjenta w trakcie wykonywania czynności dnia codziennego. Przeciwdziała także negatywnym skutkom unieruchomienia takim jak: spastyczność, zanik mięśni, zapalenie płuc, zaparcia, osteoporoza. Cały proces ma korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy i psychikę pacjenta [13].

Podczas pierwszych dni rehabilitacji po przebyciu udaru niedokrwiennym mózgu realizowane są dwa istotne cele. Pierwszy to profilaktyka powikłań wskutek unieruchomienia pacjenta. Drugi to działanie w celu zmniejszenia dysfunkcji wynikających z umiejscowienia i wielkości ogniska chorobowego. Profilaktyka ma na celu [12]:

- poprawie funkcjonowania układu oddechowego;
- mobilizacji krążenia oddechowego (profilaktyka zmian zakrzepowo-zatorowych kończyn dolnych i miednicy malej);
- przeciwdziałanie odleżynom.

Dwa pierwsze cele realizowane są poprzez wykonywanie ćwiczeń oddechowych, wspomaganych przez ruchy kończyn dolnych, oklepywanie, efektywne odkasływanie oraz ćwiczenia obu kończyn dolnych. Po uzyskaniu stabilizacji oddechowo-krążeniowej należy ocenić pod kątem jakościowym i ilościowym zaburzenia i podjąć działania zmierzające do odtworzenia określonych funkcji. Zgodnie z twierdzeniem Cayala, w dojrzałym ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), nie ma odrostu utraconych neuronów. Jednak współczesna wiedza medyczna pokazuje na licznych przykładach, że funkcje uszkodzonych neuronów mogą przejmować neurony o zbliżonym zakresie działania. Tworzą się nowe synapsy i połączenia wielosynaptyczne. W celu osiągnięcia powyższych rezultatów potrzebna jest wczesna ekstero- i proprioceptywna stymulacja. Jedynie wielokrotne i wielostronne stymulowanie komórek nerwowych objętych obszarem udarowym, jest w stanie utrzymać ich aktywność i stworzyć nowe połączenia warunkujące powrót funkcji ruchowych [12].

W czasie wczesnej rehabilitacji poudarowej nie należy podejmować działań kompensacyjnych polegających na przrzucaniu funkcji ruchowych na sprawna kończynę. Można to zrobić tylko po długim okresie rehabilitacji bez wyraźnych oznak poprawy albo na wyraźne żądanie pacjenta lub jego rodziny [12].

Czynności fizjoterapeutyczne powinny być prowadzone zgodnie z teorią uczenia się. Najpierw pacjenta uczy się prawidłowej sekwencji ruchu, który pozwoli na wykonywanie

funkcji. Obecnie w fizjoterapii udaru niedokrwiennego mózgu wykorzystywana jest neurorozwojowa metoda Bobath i/lub metoda proprioceptywnego torowania nerwowo-mięśniowego (PNF, proprioneuro-facilitation). Równocześnie z terapią ruchową powinna być prowadzona terapia logopedyczna, terapia dysfagii, innych zaburzeń poznawczych i ewentualnie zaburzeń emocjonalnych. Już od pierwszej doby leczenia należy rygorystycznie przestrzegać u pacjentów zasad prawidłowego ułożenia ciała w łóżku. Ma ono na celu stymulację zbliżonego do prawidłowego rozkładu napięcia mięśniowego, jak również profilaktykę rozciągania jednych grup mięśniowych i tworzenia przykurczy w innych [12].

Pierwsze zabiegi fizjoterapeutyczne mają na celu przygotować pacjenta do wczesnej, częściowej pionizacji- siadania ze spuszczoneymi kończynami [12].

Kolejna faza rehabilitacji to adaptacja pacjenta do pozycji siedzącej. Pozycja ta stwarza możliwość nauki samodzielnego jedzenia, prowadzenia terapii logopedycznej, stymulacji ośrodkowej poprzez oglądanie telewizji, czasopism, czy rozmów z otoczeniem chorego. Fizjoterapeuta wydłuża pozycję siedzącą poprzez sadzanie pacjenta na fotel lub wózek inwalidzki, po zaobserwowaniu dobrej tolerancji na pionizację. Pacjenci po amputacji jednej z kończyn, z obustronnym niedowładem, ze spadkami ortostatycznymi ciśnienia tętniczego, przechodzą pionizację na stole pionizacyjnym zgodnie z zasadami bezpieczeństwa. Przyjęcie postawy pionowej jest bardzo dużym osiągnięciem dla pacjenta. Stanowi fazę wejścia do wprowadzenia nowych ćwiczeń umożliwiających przeciwdziałanie patologicznemu wzorcowi zgięciowemu wskutek nadmiernej spastyczności mięśni tułowia i kończyn. Gdy pacjent czyni postępy, rozpoczyna się naukę chodzenia. W tym celu wykonuje się z nim ćwiczenia równoważne oraz ruchów naprzemiennych [12].

Pacjent kończący wczesną rehabilitację, czyli w 2 - 3 miesiące po udarze niedokrwiennym mózgu, powinien chodzić samodzielnie bądź z niewielką pomocą. Chód pacjenta powinien mieć aktywne zgięcie w stawie biodrowym. Ruch w kończynie górnej powinien być aktywny w odcinkach proksymalnych. Pacjent może mieć zaburzenia afatyczne. Na tym etapie pacjent wymaga już wielospecjalistycznej opieki i terapii lekarza medycyny rodzinnej [14].

Dieta pacjenta po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu

Brakuje obecnie dowodów naukowych na wpływ określonych produktów żywnościowych na rozwój udaru mózgu. Jako profilaktyka udaru zalecana jest pacjentom dieta uboga w sód, a bogatą w potas, częste spożywanie świeżych warzyw i owoców w ciągu dnia oraz ograniczenie tłuszczów zwierzęcych [15, 16, 17].

Po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu istotne jest dostosowanie dziennego zapotrzebowania energetycznego do potrzeb pacjenta. Należy zadbać o uzupełnienie niedoborów białkowych i witaminowych. Zmiana diety powinna obejmować rezygnację z pokarmów zawierających tłuszcze zwierzęce i zastąpienie ich tłuszczami pochodzenia roślinnego lub z ryb. Wskazane jest ograniczenie dobowego spożycia soli. Bardzo ważne jest zwiększenie ilości spożywanych świeżych warzyw i owoców, bogatych w sód, oraz produktów pełnoziarnistych. Należy włączyć także pokarmy zawierające witaminę B i kwas foliowy, jako profilaktykę hiperhomocysteinemii [18, 19]. Związane z hiperhomocysteinemią uszkodzenie naczyń krwionośnych może być przyczyną udaru mózgu. Jest ona obecna u 60,6% chorych z udarem mózgu i jest związana z niskim poziomem witaminy B12 [19].

Przykładem zdrowej diety u pacjentów po przebytych udarach mózgu jest dieta śródziemnomorska, bogata w produkty pochodzenia roślinnego, takie jak zboża, warzywa, owoce, nasiona roślin strączkowych, ziemniaki, kasze, nasiona i orzechy. Podstawowym źródłem tłuszczu w diecie jest oliwa z oliwek. Jest ona źródłem wielu korzystnych składników odżywczych: kwasu oleinowego w składzie kwasów tłuszczowych, a także związków fenolowych, sitosteroli, tokoferolu, skwalenu, chroniących człowieka przed chorobami cywilizacyjnymi. Produkty mleczne zalecane są w niewielkich ilościach, stąd powinny być spożywane głównie w postaci jogurtów i serów. W umiarkowanych ilościach powinny być spożywane ryby i drób. Mięso czerwone powinno być podawane bardzo rzadko, parę razy w miesiącu w małych porcjach. Alkohol zalecany jest w małych ilościach, głównie w postaci czerwonego wina, do posiłku. Bardzo ważnym dodatkiem do diety jest czosnek, cebula i zioła (oregano, mięta, rozmaryn). Dieta nie jest ciężkostrawna dzięki temu, że do zagęszczania zup używa się chleba albo zmielonych migdałów. Potrawy powinny być przygotowywane na wodzie, grillu lub pieczone w folii [20, 21, 22].

Podsumowanie

Według zaleceń Deklaracji Helsingborskiej zgodnie z jej priorytetami, pacjent, u którego istnieje podejrzenie udaru mózgu powinien trafić jak najszybciej do szpitala, który zaopatrzone jest w szpitalny oddział ratunkowy (SOR). SOR powinien pacjentowi umożliwić odpowiednią pełną profilową diagnostykę jak i zapewnić w miarę możliwości stabilizację stanu chorego. Placówka szpitalna powinna zapewnić również pacjentowi oddział neurologiczny lub udarowy, który dodatkowo dysponuje salami intensywnego nadzoru neurologicznego [22, 23]. Jest to nagły stan zagrożenia życia, dlatego bardzo ważna jest

szybka i prawidłowa diagnoza oraz włączenie odpowiedniego leczenia w ciągu 4,5 godziny od momentu pojawienia się pierwszych objawów chorobowych. Jak najszybciej powinny być podjęte następujące czynności [24, 25, 26, 27, 28, 29, 30]: leczenie farmakologiczne, leczenie wewnątrznaczyniowe (gdy występują wskazania bezwzględne); profilaktyka i leczenie powikłań neurologicznych (wtórne krwawienia, obrzęk mózgu, napady padaczkowe) i ogólnoustrojowych (np. zachłystowe zapalenie płuc, infekcje, odleżyny, zakrzepica żył głębokich, zatorowość płucna); szybka rehabilitacja; wtórna profilaktyka udaru.

Według wytycznych Europejskiej Inicjatywy Udarowej (European Stroke Initiative-EUSI), każdy pacjent dotknięty udarem mózgu powinien mieć najszybciej, jak to możliwe, rozpoczętą rehabilitację [31, 32, 33].

Piśmienictwo

1. Rowland L.P., Pedley T.A.: Neurologia. Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2012.
2. Podemski R. (red.): Kompendium neurologii. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2014.
3. Jędrzejec L., Pelec M., Kalinowski P.: Rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu i jej wyniki. Studenckie Naukowe Czasopismo Internetowe, 2011, 2(6) , 36-72.
4. Kuczyńska-Zardzewiały A. (red.): Co należy wiedzieć o udarze mózgu. Poradnik dla pacjentów, ich rodzin i wszystkich zainteresowanych. Fundacja Udaru Mózgu. Przygotowane pod patronatem Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.
<http://www.fum.info.pl/esp/resources/download/cotojestudarinternet.pdf> - pobrano 1.04.2017r.
5. Postępowanie w udarze niedokrwiennym mózgu i przemijającym napadzie niedokrwienia mózgu. Wytyczne European Stroke Organization 2008. Medycyna Praktyczna, 2009, 1, wydanie specjalne, 41-45.
6. Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne grupy Ekspertów narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2008, 4 (supl. 3), 203-288.
7. Pasek J. (red.): Rehabilitacja i fizykoterapia po udarze niedokrwiennym mózgu. Rehabilitacja w Praktyce, 2007, 2, 35-39.
8. Cieślak-Korfel A.: Usprawnianie po udarze mózgu. Poradnik dla terapeutów i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Wyd. Elipsa-Jaim, Kraków 2009.

9. Piskorz J., Wójcik G., Ilzecka J., Putowska-Kozak D.: Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20, 4, 351-355.
10. Mazurek J., Błaszowska A., Rymaszewska J.: Rehabilitacja po udarze mózgu-aktualne wytyczne. *Nowiny Lekarskie*, 2013, 82, 1, 83-88.
11. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Postępowanie w udarze mózgu. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2012, 46 (supl.) 421-427).
12. Nyka W., Jankowska B.: Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2009, 3, 2, 85-91.
13. Pasek J., Opara J., Pasek T., Sieroń A.: Ocena czynności życia codziennego w zależności od podtypu przebytego udaru niedokrwiennego mózgu i przeprowadzonej wczesnej rehabilitacji. *Udar Mózgu*, 2009, 11, 2, 42.
14. Siebert J., Nyka W.M.: Udar mózgu- postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru. *Via Medica*, Gdańsk 2007.
15. Błaszczyk B., Czernecki R., Prędoła-Panecka H.: Profilaktyka pierwotna i wtórna udarów mózgu. *Studia Medyczne*, 2008, 9, 71-75.
16. Bejer A., Ax A.M., Dockweiler U. i wsp.: Czynniki ryzyka niedokrwiennego udaru mózgu w populacji niemieckiej i polskiej. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2009, 3, 232-237.
17. Strepikowska A., Buciński A.: Udar mózgu-czynniki ryzyka i profilaktyka. *Postępy Farmakoterapii*, 2009, 65, 46-50.
18. Kozera G.: Edukacja chorego po udarze mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4, 3, 125.
19. Baszczuk A., Kopczyński Z.: Hiperhomocysteinemia u chorych na schorzenia układu krążenia. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2014, 68, 579-589.
20. Wroniak M., Maszewska M.: Oliwa z oliwek w diecie śródziemnomorskiej. *Żywność. Nauka. Technologia. Jakość*, 2011, 5(78), 26-36.
21. Mizgier M., Jeszka J., Jarząbek-Bielecka G.: Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia. *Nowiny Lekarskie*, 2010, 79, 6, 451-454.
22. Rykała J., Kwolek A.: Wpływ wybranych czynników na jakość życia oraz stan funkcjonalny pacjentów po udarze mózgu. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Medycznego w Rzeszowie*, 2009, 4, 384-391.

23. Jastrzębski K., Kacperska M.J., Figlus M.: Rzadkie monogenetyczne przyczyny udaru związanego z małymi naczyniami. *Aktualności Neurologiczne*, 2014, 14 (1) 34-42.
24. Barcikowska-Kotowicz M., Bogucki A., Członkowska A.: *Neurologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
25. Miske A.: Wiedza pacjentów na temat samoopieki po udarze niedokrwiennym mózgu. *Pielęgniarstwo Specjalistyczne*, 2015 4, 10-15.
26. Marciniak M., Królikowska A., Ślusarz R. i wsp.: Opieka pielęgniarska w udarach mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18, 1, 83-88.
27. Świerkocka-Miastkowska M., Biesek D.: Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4, 3, 127-129.
28. Smolińska A., Książkiewicz B.: Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu. *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4, 1, 6-9.
29. Jarosławska B., Błaszczuk B.: Jakość życia chorych po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu leczonych w rejonie szpitala powiatowego. *Studia Medyczne*, 2012, 26(2), 7-14.
30. Siminska J. (red.): Udar niedokrwienny mózgu-postępowanie przedszpitalne i wczesnoszpitalne. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6, 8, 439-453.
31. Pasek J., Mucha R., Opara J., Sieroń A.: Rehabilitacja i fizykoterapia po udarze niedokrwiennym mózgu. *Rehabilitacja w Praktyce*, 2007, 2, 35-38.
32. Kobus G., Małkińska E., Bachórzewska-Gajewska H.: Czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegląd Kardiodiabetologiczny*, 2010, 5 (2), 87-92.
33. Majewicz A., Marcinkowski J. T.: Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2008, 89(3), 322-332.

Ćwiek Magda¹, Kowalczyk Krystyna²

1. Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zmiany w funkcjonowaniu osób z wyłonią stomią jelitową

Wprowadzenie

Na podstawie badań epidemiologicznych oraz rozliczeń zużycia sprzętu stomijnego refundowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wynika, że w Polsce żyje około 35 tysięcy osób z wyłonią stomią [1, 2]. Rocznie wykonywanych jest ponad 7000 takich zabiegów. Z danych epidemiologicznych wynika, że 80% operacji wykonywanych jest z powodu zachorowania na nowotwory jelita grubego. Pozostałe przyczyny to choroby zapalne jelit, choroby uchyłkowe jelita grubego, urazy, niedokrwienie, niedrożność oraz perforacja jelit. Z powodu wzrostu zachorowalności na nowotwory jelita grubego oraz nieswoiste choroby zapalne jelit ilość wyłanianych stomii systematycznie rośnie, pomimo znacznych postępów w chirurgii kolorektalnej [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Na podstawie literatury można stwierdzić, że najczęstszą przyczyną prowadzącą do wyłonięcia stomii jest nowotwór jelita grubego. Wpływ na jego rozwój mają predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe, do których można zaliczyć niewłaściwe nawyki żywieniowe, niską aktywność fizyczną oraz palenie tytoniu. Dieta o małej zawartości błonnika, witamin oraz wapnia, zawierająca duże ilości przetworzonych pokarmów, tłuszczów zwierzęcych i krwistego mięsa zwiększa ryzyko zachorowalności [10].

Nowotwór jelita grubego objawia się: niedrożnością, krwawieniem jawnym oraz utajonym, zmianami w rytmie wypróżnień, bólami brzucha, wzdęciami, brakiem apetytu, podwyższoną temperaturą ciała. Rozpoznanie choroby opiera się głównie na podstawie badania per rectum, badania przedmiotowego jamy brzusznej oraz badań endoskopowych, w których pobierany jest wycinek materiału biopsyjnego do analizy. Sposób leczenia nowotworu jelita grubego zależy od miejsca jego występowania i stopnia zaawansowania choroby [4].

Kolejnym schorzeniem prowadzącym do wyłonięcia stomii jest choroba Leśniowskiego-Crohna. Charakteryzuje się pełnościennym, odcinkowym zapaleniem jelit, mogącym dotyczyć każdej części przewodu pokarmowego, od ust aż do odbytu. Najczęściej zmiany zapalne dotyczą końcowego odcinka jelita cienkiego (stanowi to ok. 50% wszystkich przypadków). Najbardziej charakterystyczną cechą tego schorzenia jest występowanie odcinków dotkniętych zmianami zapalnymi pomiędzy zdrowymi fragmentami jelita [11]. Inną specyficzną cechą choroby Leśniowskiego-Crohna jest jej przebieg. Okresy remisji występują naprzemiennie z okresami nasilonych objawów choroby. Na chorobę Leśniowskiego-Crohna chorują najczęściej osoby pomiędzy 16 a 25 rokiem życia. Przyczyny występowania tej choroby nie są do końca poznane. Według literatury to współdziałanie czynników genetycznych, środowiskowych (dieta składająca się z dużej ilości tłuszczów zwierzęcych, cukrów, uboga w błonnik, palenie tytoniu, stres, przyjmowane leki) oraz immunologicznych powoduje przewlekły proces zapalny przewodu pokarmowego [12]. Objawy kliniczne tego schorzenia zależą od lokalizacji zmian zapalnych. Są to głównie bóle brzucha, gorączka, biegunka i utrata masy ciała [4]. W przypadku, gdy choroba obejmuje jelito grube w okolicy odbytu mogą pojawiać się ropnie, szczeliny, owrzodzenia oraz przetoki okołoodbytnicze. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna polega głównie na zapobieganiu nawrotom oraz łagodzeniu objawów podczas okresu zaostrzenia choroby. Całkowite wyleczenie jest obecnie niemożliwe. W przypadku, gdy leczenie zachowawcze nie przynosi rezultatów, lub gdy w obrębie odbytu występują nawrotowe zmiany zapalne może być konieczne wyłonienie stomii czasowej, w celu wygojenia się zmian. Często jednak z powodu postępującego procesu chorobowego przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego jest niemożliwe i konieczne jest wykonanie kolektomii z wyłonieniem ileostomii końcowej [2].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego, tak jak i choroba Leśniowskiego-Crohna należy do grupy nieswoistych chorób zapalnych jelit i tak jak ona, również może skutkować koniecznością wyłonięcia stomii. Na wrzodziejące zapalenie jelita grubego chorują najczęściej ludzie młodzi, między 20 a 40 rokiem życia. Istotną rolę w powstaniu tego schorzenia przypisywana jest zaburzeniom immunologicznym oraz czynnikom genetycznym.

W przeciwieństwie do choroby Leśniowskiego-Crohna obszar zmian zapalnych tego schorzenia jest ciągły i rozpoczyna się od odbytnicy. Zapalenie nie obejmuje mięśniówki i błony surowiczej jelita, a jedynie jego błonę śluzową. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest nieuleczalne, a w jego przebiegu występują okresy remisji i nasilenia objawów. Przyczynami nawrotów bywa stres, zmiany w odżywianiu, leki (np. NLPZ), zakażenia przewodu pokarmowego oraz infekcje. Najbardziej charakterystycznym objawem choroby

jest biegunka z domieszką świeżej krwi. W ciężkich przypadkach pacjent może wypróżniać się nawet kilkadziesiąt razy dziennie. Towarzyszy temu zazwyczaj odwodnienie, niedożywienie, ból brzucha, gorączka oraz objawy niedokrwistości [13]. U pacjentów, którzy nie reagują na leczenie, lub u których występują ciężkie powikłania stosowane jest leczenie chirurgiczne. Mimo iż komfort życia u pacjentów ze stomią jest wyższy niż u osób z utrzymującymi się objawami wrzodziejącego zapalenia jelit, chorzy często nie akceptują leczenia chirurgicznego.

Następnym schorzeniem, w przebiegu którego konieczne może być wyłonienie stomii jest choroba uchyłkowa jelit. Przyczyną powstawania uchyłków jest przede wszystkim mała aktywność fizyczna oraz mała ilość błonnika pokarmowego w diecie. Niedobór błonnika prowadzi do zaburzeń wydalania stolca. Ma on zbitą konsystencję, a do jego przemieszczania potrzebne są silniejsze skurcze, co powoduje przerost mięśniówki jelita. Na wskutek podwyższonego ciśnienia w jelicie błona śluzowa wypychana jest poza błonę mięśniową tworząc uchyłki [14]. Często dochodzi w nich do zastoju kału, co może doprowadzić do zakażenia, stanu zapalnego, perforacji uchyłka, a w konsekwencji do zapalenia otrzewnej. U 70% osób, u których występują uchyłki nie występują żadne dolegliwości. U tych chorych uchyłki są wykrywane przypadkiem np. podczas kolonoskopii. Objawy które ujawniają się u pozostałych 30% chorych to między innymi: zmiana rytmu wypróżnień, zaparcia na przemian z biegunką, nudności, wymioty, ból w lewej dolnej części jamy brzusznej, przemijające zatrzymanie gazów i stolca. Najczęstszym powikłaniem choroby uchyłkowej jelita grubego jest zapalenie uchyłków. Zwykle wywołuje je zatkanie uchyłka przez stolec, lub kamień kałowy co powoduje kolonizację bakterii i powstanie stanu zapalnego. Istnieją dwie postacie zapalenia uchyłków: ostra i przewlekła. Postać ostra ma nagły początek, trwa do dwóch tygodni, a nasilenie objawów następuje szybko. W postaci przewlekłej objawy trwają ponad 6 miesięcy, charakteryzują się łagodniejszym przebiegiem i nawrotowością. W tej postaci zapalenia uchyłków częściej występują powikłania. Czynniki, które zwiększają ryzyko wystąpienia zapalenia uchyłków to: mała aktywność fizyczna, dieta bogata w czerwone mięso a uboga w błonnik, palenie papierosów i spożywanie alkoholu. Do powikłań zapalenia uchyłków należy ropień, niedrożność przewodu pokarmowego, przetoka (okreźniczo-pęcherzowa, okreźniczo-pochwowa, okreźniczo-skórna, okreźniczo-jelitowa), perforacja jelita oraz krwawienie z uchyłku [15]. W razie wystąpienia powikłanego zapalenia uchyłków jelita grubego oraz gdy leczenie zachowawcze nie przynosi oczekiwanych rezultatów należy wprowadzić leczenie chirurgiczne. W przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu przeprowadzana jest operacja sposobem Hartmanna (wykonanie odbarczającej stomii,

usunięcie zmienionej chorobowo części jelita oraz zaszycie kikuta odbytnicy). Jeżeli ustąpiło zapalenie i stan kliniczny pacjenta na to pozwala można przeprowadzić drugi zabieg, mający na celu przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego. W przypadku, gdy stan chorego jest dobry, zamiast zabiegu sposobem Hartmanna można wykonać pierwotną resekcję jelita grubego z jednoczesnym zespoleniem jelitowym z wyłonieniem lub niewyłonieniem stomii [2, 15].

Na podstawie literatury można wyodrębnić inne przyczyny, które mogą prowadzić do wyłonienia stomii [5, 6, 16]:

- powikłania rozległych nowotworów narządów rodnych skutkujące niedrożnością;
- zaburzenia neurologiczne oraz urazy kręgosłupa, które skutkują nietrzymaniem stolca;
- choroby wrodzone: choroba Hirschsprunga, wycisowanie kloaki, zarośnięcie odbytu;
- uszkodzenie zwieraczy lub jelit będące następstwem np.: operacji, porodu, kolizji drogowej, ran kłutych, postrzałów, eksplozji, radioterapii (niedrożność popromienna, krwawienia i uszkodzenia spowodowane naświetlaniem jamy brzusznej i miednicy);
- uszkodzenia zwieraczy spowodowane ropniem lub przetoką okołodbytniczą;
- powikłania po zabiegu wycięcia żyłaków odbytu.

Z badań epidemiologicznych wynika, że najczęstszymi przyczynami wyłonienia urostomii są [2]:

- nowotwór pęcherza moczowego;
- śródmiaższowe zapalenie pęcherza moczowego;
- nietrzymanie moczu (wynikające z urazów, powikłań po porodzie lub zaburzeń neurologicznych).

Rozwinięcie

Gdy leczenie zachowawcze i farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów wskazane jest zakwalifikowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego. Turnbull i Weakley wymienili kilka podstawowych zasad prawidłowego wykonywania zabiegu wyłonienia stomii [4]:

- stomia musi mieć odpowiednią lokalizację;
- jelito nie może być napięte (zwłaszcza w miejscu zespolenia ze skórą);
- kanał stomijny musi być prawidłowo wypreparowany w powłokach brzusznych;

- jelito musi być właściwie ukrwione;
- krezka jelita musi być przyszyta do ścian jamy brzusznej;
- śluzówka stomii musi być odpowiednio wywinięta i przyszyta do skóry.

Celem zabiegu wyłonienia stomii jest przede wszystkim usunięcie zmienionej chorobowo części jelita oraz wytworzenie drogi doprowadzenia składników odżywczych (w przypadku gastrostomii i jejunostomii) albo odprowadzenia treści z przewodu pokarmowego (w przypadku ileostomii, kolonostomii i urostomii).

Zarówno kolostomia, jak ileostomia może być wyłoniona na określony czas lub na stałe. W przypadku stomii czasowych istnieje możliwość przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego. Podczas wyłaniania stomii definitywnych usunięta zostaje odbytница ze zwieraczem odbytu i przywrócenie ciągłości przewodu pokarmowego jest już niemożliwe.

Ileostomia - jest to zewnętrzna przetoka na jelicie cienkim. Zazwyczaj wyłaniana jest w przypadku konieczności resekcji okrężnicy, lub całkowitego usunięcia jelita grubego w przebiegu powikłań choroby Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelit, albo nowotworu jelita. Najczęściej ileostomia jest wyłaniana po prawej stronie brzucha w dół od pępka. Prawidłowa ileostomia jest różowa, wilgotna i wystaje ponad powierzchnię skóry na ok. 2-3 centymetry. Treść jelitowa, którą stale wydala ileostomia ma konsystencję płynną lub papkowatą i wynosi ok. 500-800ml na dobę. Zawiera dużą ilość kwasów żółciowych oraz soku trzustkowego, który jest silnie drażniący dla skóry (dlatego bardzo ważna jest właściwa pielęgnacja i dobranie odpowiedniego sprzętu stomijnego). Z powodu resekcji jelita grubego osoby z wyłonioną ileostomią są narażone na odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe [4, 7, 16, 17].

Ileostomia pętłowa (dwulufowa) – wykonywana jest głównie w celu protekcji nowo wytworzonego zespolenia z jelitem grubym lub odbytnicą w przypadku niskiej resekcji odbytnicy. W celu utworzenia stomii podczas zabiegu pętla jelita zostaje wyłoniona na powierzchnię brzucha, a następnie przecięta. Z jednego końca wydostaje się treść jelita – jest to część pracująca – proksymalna. Druga, dystalna część pętli może produkować śluz. Wykonanie ileostomii pętłowej jest zalecane również w przypadku, gdy choroby współistniejące zaburzają gojenie się ran, pacjent jest w zaawansowanym wieku lub gdy szczelność zespolenia po częściowym usunięciu jelita grubego jest niepewna. Ileostomia pętłowa, w przeciwieństwie do kolostomii pętłowej, umożliwia niemal całkowite wyłączenie jelita grubego z pasażu stolca oraz daje możliwość kontroli nad dystalnym odcinkiem przewodu pokarmowego przez zakontrastowanie pętli odprowadzającej [2, 18].

Ileostomia końcowa (jednolufowa) – wyłaniana jest gdy usunięcie jelita grubego jest konieczne. Jeżeli w trakcie zabiegu zostało usunięte całe jelito: tj. odbyt, odbytnica oraz okrężnica, ileostomia jest stała. Jeżeli jednak wykonano częściową kolektomię, ileostomia jednolufowa może być wyloniona na określony czas. W zależności od stanu zdrowia pacjenta można go poddać kolejnemu zabiegowi, w którym zostanie wytworzony tzw. wewnętrzny zbiornik jelitowy (j-pouch). W zależności od kondycji pacjenta po dwóch lub trzech operacjach takie rozwiązanie umożliwi mu wydalanie stolca naturalną drogą – przez odbyt [2, 19].

Kolostomia – jest to chirurgicznie wyloniona przetoka jelita grubego. Wytwarzana jest w sytuacji gdy wydalanie stolca w naturalny sposób jest niemożliwe np. z powodunowotworu: okrężnicy lub odbytu, niedokrwienia jelit, urazów jamy brzusznej, niedrożności jelit, albo gdy konieczna jest ochrona wytworzonego połączenia jelitowego. Kolostomia zlokalizowana jest zazwyczaj na esicy (sigmostomia) w lewej dolnej części brzucha, ale może występować również po prawej stronie (tranwersostomia). Prawidłowa stomia jest wilgotna, ma różowo-czerwoną barwę, i wystaje nad powierzchnię brzucha na około 0,5-2,5 centymetra. W przeciwieństwie do ileostomii kolostomia wydala uformowany stolec w regularnych odstępach czasu. Z tego powodu jest prostsza w pielęgnacji oraz lepiej tolerowana przez pacjentów [4, 7, 17].

Kolostomia pętłowa (dwulufowa) - tzw. tranwersostomia – wyłaniana jest najczęściej po prawej stronie okrężnicy. Tranwersostomia wyłaniana jest zazwyczaj z powodu niedrożności nowotworowej lewej części jelita grubego (okrężnicy oraz odbytnicy), jako pierwszy etap leczenia choroby Hirschsprunga, w leczeniu przetok lub w celu ochrony chirurgicznie wytworzonego zespolenia. Podobnie jak w przypadku ileostomii pętłowej, podczas operacji wyloniona jest pętla jelita grubego, którą następnie przecina się w celu wytworzenia stomii. Z końca proksymalnego wydostaje się treść jelitowa, a koniec dystalny, łączący się z odbytnicą może wydalać śluz [2, 4, 7].

Kolostomia jednolufowa (kończowa) – jest wykonywana najczęściej ze wszystkich stomii. Wyłonić ją można w czasie zabiegu Hartmanna (w którym proksymalna część jelita zostaje wyloniona na powierzchnię skóry, usuwana jest jego zmieniona chorobowo część, a kikut odbytnicy zostaje zaszyty), podczas brzuszno-krzyżowego wycięcia odbytnicy lub po wycięciu odbytnicy sposobem Milesa (brzuszno-kroczywym). W przypadku zabiegu Hartmanna kolostomia jest czasowa i istnieje możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego (jeżeli pacjent wyrazi zgodę na przeprowadzenie następnej operacji oraz jeżeli

jego stan zdrowia będzie na to pozwalał). W przypadku wycięcia odbytnicy kolostomia jest definitywna, a krocze zostaje zaszyte [2, 7, 20, 21].

Urostomia – jest wyłaniana gdy konieczne jest całkowite usunięcie pęcherza moczowego. Często nazywana jest również wstawką jelitową lub przetoką moczowodowo-jelitowo-skórną. Urostomię wyłania się zazwyczaj poprzez wszczepienie moczowodów do wyizolowanej części jelita, którą następnie wyłania się na powierzchnię skóry w celu odprowadzenia moczu. W czasie operacji w urostomii umieszczane są w cewniki zapewniające drożność moczowodów. Cewniki usuwa się pod kontrolą lekarza urologa po ok. 7-14 dniach od operacji. Urostomia zazwyczaj jest wyłaniana po prawej stronie jamy brzusznej. Prawidłowa urostomia powinna wystawać ok. 2,5 – 3,5 centymetra ponad powierzchnię skóry, być wilgotna i różowa. Swoją ostateczny kształt i wielkość urostomia osiąga po około 1,5-2 miesiąca od operacji. Wydalanie moczu z urostomii odbywa się w sposób niekontrolowany, dlatego ważne jest szczelne zaopatrzenie przetoki. Mocz, który wydala urostomia ma zazwyczaj słomkową barwę, zawiera również śluz, który produkuje jelito. Nadmiar śluzu może zatkać ujście worka urostomijnego. W celu zmniejszenia jego wydzielania należy przyjmować doustnie witaminę C [17, 21, 22].

Gastrostomia – jest to bezpośredni dostęp do żołądka zakładany endoskopowo (Przezskórna Endoskopowa Gastrostomia) lub chirurgicznie (metodą klasyczną albo laparoskopowo). Głównym wskazaniem do stosowania gastrostomii jest konieczność sztucznego odżywiania pacjenta przez okres dłuższy niż 30 dni (np. z powodu niewydolności mechanizmów obronnych krtani, schorzeń onkologicznych, patologii przełyku, zaburzeń psychicznych i neurologicznych: dysfagii o różnej etiologii, odynofagii, występowania przetoki przełykowo-tchawiczej lub przetoki gardłowo-skórnej). Żywienie pacjenta poprzez gastrostomię może mieć formę: ciągłego wlewu (z prędkością 20-30 ml na godzinę), bolusów pod kontrolą zalegania żołądkowego (podawanie po 5-6 razy dziennie 200-300 ml diety) lub mikrobolusów (podawanie jednorazowo po 50-100 ml diety, również pod kontrolą zalegania żołądkowego). Zgłębnik gastrostomii należy przepłukiwać 20-40 ml wody zarówno przed, jak i po podaniu diety lub leków. U chorych z gastrostomią wskazane jest stosowanie diet przemysłowych. W przeciwieństwie do zmiksowanych diet kuchennych mają one precyzyjnie określoną zawartość poszczególnych składników odżywczych. Wcześniej podjęta decyzja o wyłonieniu gastrostomii pozwala na zmniejszenie ryzyka wystąpienia niedożywienia u pacjentów [2, 23, 24].

Jejunostomia, mikrojejunostomia – wyłaniana jest, gdy występuje konieczność sztucznego odżywiania pacjenta przez okres dłuższy niż 30 dni, a wyłonienie gastrostomii jest

niemożliwe (np. z powodu resekcji żołądka) albo niewskazane. Jejunostomię obecnie można wyłonić śródoperacyjnie, laparoskopowo metodą igłową oraz endoskopowo. Do jelita - w przeciwieństwie do żołądka – może być podawana wyłącznie dieta przemysłowa. Musi być sterylna, mieć odpowiednią osmolarność i skład. Istnieją dwa sposoby, którymi można podawać dietę do jejunostomii: w grawitacyjnym wlewie kroplowym lub przez pompę perystaltyczną. Początkowa prędkość jaką należy podawać dietę to 10 ml na godzinę. Szybkość wlewu zwiększa się stopniowo w ciągu 5-7 dni. Zbyt szybkie podanie diety do jejunostomii skutkuje biegunką, wzdęciami i bólami brzucha [2, 23].

Jakość życia pacjenta z wyłonią stomią zależy od edukacji pacjenta i jego możliwości do podjęcia samopieki w warunkach domowych. Edukacja pacjenta powinna być rozpoczęta jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Wskazane jest motywowanie oraz zachęcanie chorego do samopielęgnacji i akceptacji stomii. Pielęgniarka powinna nauczyć doboru i obchodzenia się ze sprzętem stomijnym, a także udzielić informacji na temat higieny stomii oraz grup wsparcia (poradnie, przydatne strony internetowe, wolontariusze). Po wyjściu ze szpitala pacjent powinien posiadać wiedzę na temat refundacji sprzętu, diety i wskazanej dla niego aktywności [17, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Edukacja pacjenta w okresie okołoperacyjnym obejmuje [7, 17, 25, 27]:

- Ocenę wyłoniętej stomii:
 - ✓ ocena żywotności (kolor, wilgotność, kształt wielkość);
 - ✓ wczesne rozpoznawanie powikłań (biegunki, krwawienia z błony śluzowej, podrażnienia skóry i błony śluzowej);

- Prawidłową pielęgnację skóry wokół stomii:
 - ✓ mycie skóry wodą z mydłem o pH 5,5 (lub specjalnie przeznaczonym do tych celów zmywaczem) przy użyciu miękkich gąbek, gazy lub gazików;
 - ✓ dokładne osuszanie skóry papierem toaletowym lub ręcznikami papierowymi przed naklejeniem płytki;
 - ✓ w przypadku wystąpienia nieszczelności lub podrażnień stosowanie pasty uszczelniająco-gojącej;
 - ✓ unikanie benzyny, eteru, spirytusu, mazideł, olejków oraz maści podczas pielęgnacji;
 - ✓ ostrożne odklejanie worków stomijnych (od góry do dołu, jednocześnie przytrzymując skórę);
 - ✓ częste mierzenie średnicy stomii;

- ✓ regularna zmiana worka;
- ✓ w przypadku słabej przyczepności płytki stomijnej ogrzanie jej przed przyklejeniem (np. pod pachą, na grzejniku);
- ✓ stosowanie jednorazowych maszynek do golenia skóry wokół stomii;
Pomocne jest także udostępnienie choremu broszur, ulotek i materiałów o stomii, które po operacji będzie mógł zabrać do domu i razem z rodziną z nich korzystać.

- Nauka doboru sprzętu stomijnego powinna przebiegać z uwzględnieniem preferencji pacjenta [7, 25]:

- ✓ Przedstawienie producentów sprzętu stomijnego: Coloplast, Conva-Tec, B-Braun, Dansac, Salts, Welland Medical

- ✓ Zaprezentowanie dostępnych na rynku systemów [7]:

- sprzęt dwuczęściowy – składa się z płytki i przymocowywanego do niej za pomocą pierścieni zatrzaskowych worka;
- sprzęt jednoczęściowy – składa się z worka i płytki połączonych ze sobą w jedną całość;
- sprzęt zamknięty – przeznaczony do jednorazowego użytku, bez konieczności jego opróżniania przed wymianą;
- sprzęt odpuszczalny – składa się z worka, który posiada otwór (zabezpieczony klamerką lub rzepem) służący do opróżniania go z treści jelitowej;
 - ⇒ sprzęt urostomijny – składa się z worka posiadającego specjalny zawór lub kranik, służący do odpuszczania moczu;
 - ⇒ sprzęt synergiczny – wersja pośrednia pomiędzy workiem jednoczęściowym, a dwuczęściowym, w której elementy łączą się za pomocą przylepnych pierścieni;
 - ⇒ sprzęt typu convex – stosowany w przypadku stomii płaskiej i wklęsłej, składa się z wypukłej płytki;
 - ⇒ sprzęt typu curvex – służy do zaopatrywania trudnych stomii (nieregularnych, z przepukliną), składa się z miękkiej i łatwo formowalnej płytki.

- Przedstawienie dostępnych na rynku akcesoriów do pielęgnacji stomii [7, 25] :

- ✓ sprzęt do mocowania worków: paski, klamry, wieszaki (w przypadku urostomii);
- ✓ środki do mycia i ochrony skóry wokół stomii: emulsje, gaziki, pasty, nawilżane chusteczki;

- ✓ środki eliminujące nieprzyjemne zapachy: krople, tabletki, dezodoranty, kapsułki;
- ✓ akcesoria uszczelniające: pierścienie, kołnierze, pasty, plastry;
- ✓ sprzęt do irygacji.

Dobierając odpowiedni sprzęt należy wziąć pod uwagę wiele czynników takich jak: bezpieczeństwo, łatwość w obsłudze, wydolność pacjenta w samopielęgnacji, przewidywany czas noszenia, podatność skóry na podrażnienia, rodzaj, umiejscowienie i rozmiar stomii, tryb życia jaki pacjent prowadzi.

Zalecenia dietetyczne

Żywnienie po operacji zależy od rodzaju wylonionej stomii. Podstawową zasadą w żywieniu pacjentów z wylonioną stomią jest wprowadzanie do diety jednego pokarmu w małej ilości. Posiłki powinny być spożywane regularnie. Wskazane jest, aby pacjenci dokładnie rozdrabniali pokarmy, nie prowadzili rozmów przy jedzeniu. Niewskazane jest picie przez słomkę. Powoduje to zwiększone wydzielanie gazów, które może być krępujące. Produkty, które nie są wskazane dla pacjenta ze stomią to: czosnek, cebula, kalafior, kapusta, napoje gazowane, jaja, kukurydza. Jogurty, produkty z miętą, kefir, maślanki oraz sok żurawinowy minimalizują przykry zapach i nadprodukcję gazów [2, 25, 32].

Wskazówki żywieniowe dla osób z ileostomią [2, 25]:

- spożywanie dużej ilości wody i mikroelementów (np. w formie napojów izotonicznych);
- spożywanie słonych potraw (np. chipsów) i popijanie ich – poprawia to wchłanianie płynów;
- spożywanie dużej ilości owoców i warzyw;
- ostrożne spożywanie surowych jabłek, mandarynek, grejpfrutów, i pomarańczy, orzechów, grzybów, chińskiego jedzenia – mogą spowodować blokadę stomii;
- w przypadku wystąpienia biegunki należy spożywać dojrzałe banany, masło orzechowe, ser, galaretki lub żelki, gotowany ryż, makaron, gdyż produkty te zagęszczają stolec;
- należy unikać spożywania alkoholu, ostrych i tłustych potraw, produktów bogatych w błonnik (twarde mięso, kukurydza, groszek, kapusta), świeżego szpinaku, groszku, suszonych śliwek.

Wskazówki żywieniowe dla osób z kolostomią [2, 25, 32]:

- spożywanie dużej ilości błonnika (makaron, pieczywo pełnoziarniste, brązowy ryż, pełnoziarnisty makaron);
- spożywanie dużej ilości płynów (minimum 2 l dziennie);
- unikanie spożywania alkoholu, tłustych i ostrych potraw, napojów gazowanych, ograniczenie soli w diecie;
- spożywanie urozmaiconych posiłków;
- w przypadku zaparcí korzystne jest spożywanie soku śliwkowego;

Wskazówki żywieniowe dla osób z urostomią [33]:

- spożywanie dużej ilości owoców cytrusowych, truskawek, żurawiny, poziomek – zawierają dużą ilość witaminy C, przez co zmniejszają ryzyko infekcji oraz ilość śluzu produkowaną przez wstawkę jelitową;
- spożywanie soku pomidorowego – eliminuje przykry zapach moczu;
- ograniczenie spożywania czerwonego mięsa, pietruszki, szczawiu, sałaty, szczypiorku ze względu na ryzyko powstania kamieni nerkowych.

Podsumowanie

W wielu przypadkach zabieg wylonienia stomii pozwala choremu na powrót do zdrowia i aktywności. Nie zmienia to faktu, że dla pacjenta jest to operacja okaleczająca ciało. Osobom z wylonioną stomią ciężko jest zaakceptować swój wygląd oraz brak pełnej kontroli nad funkcjonowaniem swojego organizmu. Często wiąże się to ze zmianą roli społecznej lub pracy, co dodatkowo pogłębia niechęć do akceptacji stomii. Ważną rolą pielęgniarki jest edukacja i wsparcie pacjenta w okresie okołoperacyjnym. Dzięki niemu pacjent nie czuje się wykluczony, uczy się dbać o swoją stomię, a co za tym idzie poprawnie ją pielęgnować, co znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań i ułatwia nad nią kontrolę.

Piśmiennictwo

1. Kołodziejczak M., Ciesielski P., Kosim A.: Postępowanie terapeutyczne w przypadku powikłań skórnych oraz trudno gojących się ran wokół stomii. *Nowa Medycyna*, 2013, 2, 54-57.
2. Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. (red.): *Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja*. Termedia, Poznań 2014.

3. Matłok M., Bielecki K.: Stomie końcowe. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia*, 2012, 1, 11–21.
4. Pachocka L., Urbaniak A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wylaniania i rodzaje stomii jelitowych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95(3), 586-590.
5. Snarska J., Doroszkiewicz E.: Chorzy ze stomią. *Gastroenterologia Praktyczna*, 2011, 6(13), 23 – 29.
6. Noszczyk W.: Choroby jelita grubego [w:] *Chirurgia. Repetytorium*, Noszczyk W. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 387-413.
7. Szczęsny W., Siewkowska M., Dąbrowiecki S., Szmytkowski J.: Stomia jelitowa – podział i powikłania. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21(2), 260–265.
8. Wysoczańska-Skoroban B., Kurzbauer R.: Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego i stałą kolostomią [w:] *Pielęgniarskie i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia*, Steciwko A., Wojtal M., Żurawiecka D. (red.). Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008, 84-88.
9. Martykiewicz J., Głuszek S.: Nowotwory jelita grubego [w:] *Chirurgia – podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu*, Głuszek S. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, 345-354.
10. Tuchowska P., Worach-Kardas H., Marcinkowski J.: Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94(2), 166-171.
11. Bartnik W.: Wytyczne postępowania w nieswoistych chorobach zapalnych jelit. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2007, 2 (5), 215-229.
12. Łodyga M., Eder P., Bartnik W. i wsp.: Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z chorobą Leśniowskiego-Crohna. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2012, 7(6), 317-338.
13. Eder P., Łodyga M., Łykowska-Szuber L. i wsp.: Wytyczne Grupy Roboczej Konsultanta Krajowego w dziedzinie Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące postępowania z pacjentem z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2013, 8(1), 1–20.
14. Stępień B., Piotrowicz G., Rydzewska G.: Leczenie choroby uchyłkowej jelita grubego z uwzględnieniem roli mesalazyny. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2013, 8 (4), 211–217.

15. Tylec-Osóbka E., Wojtuń S., Gil J., Dyrła P.: Postępowanie z pacjentem z uchyłkami jelita grubego w zależności od postaci klinicznej choroby. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2013, 9 (3), 256–262.
16. Bielecki K.: Popromienne zapalenie błony śluzowej odbytnicy (PZBSO). *Nowa Medycyna*, 2014, 3, 99-106.
17. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z. i wsp.: Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową. *Journal of Public Health, Nursing And Medical Rescue*, 2011, 2, 9 – 13.
18. Chrzan R.: Diagnostyka i definicja nieszczelności zespolenia przewodu pokarmowego - punkt widzenia radiologa. *Medycyna Praktyczna Chirurgia*, 2013, 1, 12-25.
19. Bednarz W., Pawełka D., Olewiński R. i wsp.: Leczenie chirurgiczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Gastroenterologia Polska*, 2009, 16 (3), 251-254.
20. Zegarski W.: Standardowe procedury chirurgiczne w leczeniu nowotworów okrężnicy, odbytnicy i odbytu. *Polish Journal of Pathology*, 2014, 65 (4) (supl. 1), 32 – 36.
21. Walewska E., Nowak A., Ścisło L. i wsp.: Przygotowanie chorego do samoopieki po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013, 21 (1), 72–78.
22. Pikor K., Ławiński J.: Urostomia - przetoka moczowo-skórna. *Przegląd Urologiczny*, 2007, 6, 44-53.
23. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. i wsp.: Standardy leczenia żywieniowego w onkologii. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 2015, 11(4), 173-190.
24. Bień S., Ziółkowska M.: Rola gastrostomii w leczeniu chorych z nowotworami głowy i szyi. *Otolaryngologia*, 2007, 6 (1), 1-6.
25. Dowbór-Dzwonka A., Nowicki A.: Rola pielęgniarki w opiece nad chorym ze stomią [w:] *Pielęgniarstwo onkologiczne*, Nowicki A. (red.). Termedia, Poznań 2009, 233-253.
26. Malej H.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi*, 2013, 6, 11-15.
27. Szewczyk J., Bajon A.: Opieka pielęgniarska w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wyłonią stomią jelitową. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009, XXVI, (155), 575-578.
28. Chrobak A.: Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wyłonią stomią jelitową. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009, XXVI, (155), 579 – 581.

29. Jędrasiak L., Skokowska B., Bączyk G.: Pacjent ze stomią – funkcja edukacyjna pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2007, 2-3, 128 – 131.
30. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z. i wsp.: Problemy pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowych. *Journal of Public Health Nursing and Medical Rescue*, 2011, 2, 26 – 31.
31. Ławnik A.: Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21(1), 84–87.
32. Urbaniak A., Pachocka L.: Analiza zachowań żywieniowych pacjentów z wyłonioną stomią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96(2), 523-528.
33. Pikor K.: Pielęgnowanie chorego z urostomią. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008, 1, 21–25.

Wiśniewska Urszula¹, Kowalczyk Krystyna²

1. Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ RZS na funkcjonowanie osób nim dotkniętych

Wprowadzenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS, łac. *Polyarthritis rheumatoidea*, ang. *Rheumatoid arthritis*) dawniej nazywany gośćcem przewlekłe postępującym lub artretyzmem jest chorobą o podłożu autoimmunologicznym obejmującą wiele narządów organizmu. W przebiegu choroby można wyróżnić różne objawy układowe, jednak dominującą cechą schorzenia są nieswoiste stany zapalne maziówki obejmujące stawy obwodowe, najczęściej symetryczne [1]. Choroba charakteryzuje się przewlekłym i zapalnym schorzeniem tkanki łącznej, która prowadzi do powstawania trwałych i nieodwracalnych zniszczeń w strukturach stawowych i okołostawowych (bliznowacenie, nadżerki, osteoporoza) [2]. Źródło powstawania choroby nie zostało poznane, ale z aktualnych badań wynika, że na rozwój RZS mają wpływ: czynniki genetyczne- antygeny MHC klasy II, czynniki środowiskowe- palenie tytoniu, które zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania nawet 21-krotnie i zaburzenia immunologiczne [3]. RZS charakteryzuje się występowaniem dwóch rodzajów przeciwciał: czynnika reumatoidalnego -IgM-RF (ang. *rheumatoid factor*) obecnego w surowicy 75% chorych oraz przeciwciała antycytrulinowego- ACPA (ang. *anti-citrullinated protein autoantibodies*) występujące u 45% chorych na reumatoidalne zapalenie stawów [4]. Na podstawie literatury można stwierdzić, że obecność przeciwciał w surowicy chorego lub ich brak stanowi podział schorzenia na postać serologicznie dodatnią i ujemną [5].

Geneza choroby nie jest do końca poznana. Na podstawie literatury można wyodrębnić czynniki sprzyjające powstawaniu schorzenia [4]. Do tych czynników należą [6]:

- zakażenia wirusowe- powodujące indukcję przeciwciał o zróżnicowanej swoistości;
- stres- który jest przyczyną powstawania cytokin prozapalnych;

- limfocyty- obecne w błonie maziowej i odpowiadające za powstanie procesu zapalnego;
- fibroblasty i makrofagi- odpowiedzialne za niszczenie struktur chrzęstnych kości.

Patologia w obrębie stawów dotyczy zapalenia błony maziowej przy czym można stwierdzić napływ prozapalnych leukocytów, nasiloną angiogenezę i obecność wielu cytokin. Komórki składające się na błonę maziową stawów ulegają hiperplazji z obecnością komórek podobnych do fibroblastów (*fibroblast-like*) i makrofagów (*macrophage-like*). Obecność tkanki synowialnej, czyli łuszczki (*pannus*) prowadzi do indukcji degradacji chrząstki i bierze udział w tworzeniu nadżerek. Zmiany degradacyjne w stawach są nieodwracalne [3, 4, 5, 6].

Rozwinięcie

Objawy Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

Charakterystycznym objawem tej choroby jest atakowanie tych samych stawów z dwóch stron ciała. Pierwszym objawem choroby jest chroniczne zmęczenie, stan podgorączkowy i objawy grypopodobne, które nie sugerują pacjentowi kontaktu z lekarzem reumatologiem. Zdarza się, że od czasu ustąpienia objawów sugerujących grypę, a dokuczliwymi bólami stawowymi skłaniającymi pacjenta do odbycia wizyty lekarskiej mija kilka miesięcy. Choroba często zaczyna się od objęcia małych stawów, aczkolwiek zdarza się, że atakuje pojedynczy, duży staw. Z licznych badań epidemiologicznych wynika, że do głównych objawów stawowych reumatoidalnego zapalenia stawów należą [1, 7, 8]:

- obrzęki stawowe- z towarzyszącym wzmożonym ociepleniem stawu, związane z zapaleniem maziówki, wywołane nagromadzeniem w nadmiarze płynu stawowego i zgrubieniem torebki stawowej;
- guzki reumatoidalne- pojawiające się na powierzchniach stawowych poddawanych chronicznemu uciskowi tj. potylicy, bliższy odcinek kości łokciowej, ścięgno Achillesa, nasada wyrostka łokciowego. Guzki mogą uciskać na okoliczne nerwy i dawać objawy niedowładów kończyn;
- osteoporoza- powstała w wyniku przewlekłego leczenia glikokortykosteroidami, które powodują utratę masy kostnej;
- ból stawów- przyczyną jest postępujące zwyrodnienie stawów i toczący się stan zapalny. Jest objawem towarzyszącym pacjentowi cyklicznie, czasami permanentnie;

- sztywność poranna- trwająca do 2h po przebudzeniu, typowy objaw przewlekłego stanu zapalnego;
- deformacja stawów- źródłem są nadżerki kostne i przynasadowa osteoporoza, charakterystyczne jest tzw. ręka reumatoidalna powstająca w wyniku zniszczenia powierzchni stawowych, które prowadzą do uszkodzenia więzadeł, przykurczy i zaników mięśniowych. W obrębie stopy występują modzele, haluksy, palce młoteczkowate.

Na podstawie literatury można także wyodrębnić objawy pozastawowe [9]:

- stany zapalne twardówki- z narastającym jej uszkodzeniem;
- zespół suchego oka- powikłanie spowodowane zmianami histologicznymi w narządzie łzowym;
- zapalenie osierdzia- jako korelacja z obecnością RF i guzków reumatoidalnych, w ostrej fazie występuje ból w klatce piersiowej i zaburzenia rytmu serca;
- choroba niedokrwienna serca- związana z rozwojem miażdżycy w przebiegu uogólnionego stanu zapalnego;
- amyloidoza AA (wtórna)- odkładanie amyloidu w tkankach powodujący białkomocz spowodowany ogólnym stanem zapalnym;
- niedokrwistość- źródłem niedokrwistości są krwawienia z przewodu pokarmowego będące skutkiem przewlekłego stosowania leków z grupy Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych oraz przyjmowaniem Metotreksatu upośledzającego wchłanianie kwasu foliowego;
- włóknienie płuc- powikłanie stosowania Metotreksatu;
- zapalenie opłucnej- płyn wysiękowy gromadzący się w jamie opłucnej ograniczający rozprężanie płuc i oddychanie;
- zespół Felty, czyli powiększenie śledziony (splenomegalia) w odpowiedzi na ogólnoustrojowy stan zapalny;
- leukopenie- czyli obniżona ilość leukocytów (powyżej 2000 tysięcy leukocytów na milimetr kwadratowy).

Diagnostyka reumatoidalnego zapalenia stawów

Diagnoza odbywa się na podstawie opracowanych kryteriów Europejskiej Ligi do Walki z Chorobami Reumatycznymi (*ang. European League Against Rheumatism – EULAR*) oraz Amerykańskiego Kolegium Reumatologicznego (*ang. American College of Rheumatology- ACR*). Kryteria te służą do oceny obecności choroby u pacjentów we wczesnej jej fazie oraz dla chorych w zaawansowanym stadium źle rokującym na przyszłość [10, 11].

Farmakologiczne leczenie Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

Celem terapii farmakologicznej choroby jest przede wszystkim ograniczenie do minimum odczuwania bólu, minimalizacja stanu zapalnego oraz zapobieganie uszkodzeniom struktur stawowych, a w drugiej kolejności kontrola zmian narządowych. Niemożliwe jest zastosowanie leczenia przyczynowego ze względu na brak poznanej etiologii choroby w związku z tym kuracja jest empiryczna. Możliwe jest uzyskanie długotrwałej remisji choroby, a poprzez remisję rozumie się minimalizację aktywności choroby, a co za tym idzie brak chronicznego uszkodzania stawów i okolic okołostawowych oraz pogłębiania się zmian narządowych co wpływa na wydłużenie życia chorych. W tym schorzeniu należy postępować kompleksowo i terapia obejmuje także rehabilitację stawów, kurację fizykoterapeutyczną, zajęciową, psychologiczną oraz edukację rodziny osoby chorującej jak i samego chorego.

W terapii reumatoidalnego zapalenia stawów farmaceutykami pierwszego rzutu są leki przeciwbólowe z grupy Niesteroidowych Leków Przeciwzapalnych mające jednocześnie działanie przeciwzapalne i przeciwgorączkowe. Permanentne stosowanie NLPZ wiąże się z występowaniem działań niepożądanych tj. zapalenie błony śluzowej przewodu pokarmowego, hipertransaminazemię, zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca i niewydolności nerek [7, 12, 13].

DMARD (*ang. disease-modifying antirheumatic drugs*), czyli leki modyfikujące przebieg procesu zapalnego RZS to grupa farmaceutyków zapobiegająca zmianom destrukcyjnym wynikającym z przebiegu choroby. Wpływają one na obniżenie szybkości rozwoju destrukcji stawów [1, 8, 14].

Do wiodącego leku tej grupy zaliczyć można Metotreksat (MTX), którego działanie opiera się na hamowaniu proliferacji komórek biorących udział w procesach immunologicznych. Jest antagonistą kwasu foliowego i bierze udział w hamowaniu syntezy DNA. Podczas terapii MTX suplementowany jest kwas foliowy (5-15 mg tygodniowo)

zapobiegający powstawaniu niedokrwistości megaloblastycznej. Do najczęstszych działań niepożądanych stosowania preparatu należą: niedokrwistość megaloblastyczna, nudności i wymioty, utrata apetytu, osłabienie, bóle głowy i wypadanie włosów [12, 14, 15]. Drugim lekiem należącym do DMARD stosowanym w terapii jest Leflunomid (LEF) będący prolekiem metabolizowanym w wątrobie i jelitach. Lek ten ma działanie immunomodulujące prowadzące do ograniczenia aktywności limfocytów T [16, 17, 18, 19]. Sulfasalazyna (SSZ) to lek wykazujący działanie przeciwzapalne i bakteriostatyczne. Mechanizm działania opiera się na modyfikowaniu aktywności komórek NK i limfocytów [12].

Kolejną grupą leków stosowanych w terapii reumatoidalnego zapalenia stawów są preparaty immunosupresyjne, a ich głównym przedstawicielem jest Cyklosporyna A. Preparat hamuje reakcje immunologiczne organizmu- humoralne i komórkowe przez co ogranicza produkcję przeciwciał, a co za tym idzie- w RZS spowalnia postępowanie nadżerek powstających w stawach. Stosowanie tego farmaceutyku niesie ze sobą ryzyko powstania uszkodzenia nerek, dlatego należy prowadzić systematyczną kontrolę kreatyniny w surowicy [7, 12, 20].

Glikokortykosteroidy (GKS) są powszechnie stosowanymi preparatami wykazującymi działanie przeciwzapalne. Leczniczo w chorobach z autoagresji zapobiegają nadmiernemu pobudzeniu układu immunologicznego przez co hamują rozwój choroby i opóźniają rozwój rozległego uszkodzenia stawów [7, 20].

GKS to leki niebezpieczne, które niosą ze sobą szereg działań niepożądanych do których należą: osteoporoza, otyłość, ryzyko infekcji, przyspieszenie rozwoju miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, zaćmę [8, 20].

Leki biologiczne (antycytokinowe) są preparatami nowej generacji dające pozytywne skutki terapeutyczne. Największą grupę stanowią antagoniści TNF- α , czyli czynnika martwicy nowotworu. Blokują one funkcję tej cytokiny prozapalnej poprzez przyłączenie się interleukiny 1 i 6, eliminują limfocyty B i T [7, 20].

Pacjent z RZS podczas terapii jest izolowany od potencjalnych źródeł zakażenia w związku z osłabieniem układu immunologicznego. Przedstawicielem antagonistów czynnika martwicy nowotworu jest Adalimumab. Lek ten wpływa na poprawę leczenia obrzękniętych stawów, obniżenia wartości OB i CRP po 6 tygodniach leczenia oraz skrócenie czasu trwania sztywności porannej [8, 20].

Zalecenia dietetyczne w Reumatoidalnym Zapaleniu Stawów

Odpowiednia dieta stosowana w RZS pozwala na uzyskanie lepszych efektów leczenia, ponieważ pomaga w zapobieganiu dolegliwościom tj. ból, sztywność poranna, obrzęki, także łagodzi stany zapalne, przeciwdziała niedokrwistości i osteoporozie, które często towarzyszą schorzeniu [21, 22].

W zaleceniach dietetycznych należy uwzględnić spożywanie [21, 22, 23, 24, 25]:

- ✓ dużą ilość owoców i warzyw gotowanych lub surowych (5-6 razy dziennie);
- ✓ chleb pełnoziarnisty;
- ✓ białko zwierzęce i roślinne, tj. mięso wołowe, wieprzowe, drobiowe, soja;
- ✓ nabiału o obniżonej zawartości tłuszczu- mleko, ser, jogurt, w co najmniej 3 posiłkach dziennie;
- ✓ jajek- raz dziennie;
- ✓ mięsa chudego, drobiowego - 2-3 porcje dziennie oraz wieprzowinę i wołowinę, a w tym wątrobę, kaszankę- przynajmniej 2x w tygodniu;
- ✓ tłuszczów pochodzących z roślin i ryb zawierające kwasy omega-3 i omega-6;
- ✓ orzechów włoskich i laskowych, pestek dyni, migdałów, bakalii - 2 porcje dziennie;
- ✓ kisielei i siemienia lnianego w celu wzmocnienia bariery śluzówkowej żołądka- rano, na czczo;
- ✓ wody- co najmniej 2l dziennie;
- ✓ suplementacji witamin i składników mineralnych- po konsultacji z lekarzem.

Potrawy nie zalecane do spożycia u chorych z RZS to:

- ✓ tłusty nabiał- powyżej 2% tłuszczu;
- ✓ sól w ilościach wyższych niż 5g/dobę;
- ✓ warzywa: ziemniaki, papryka, pomidory, bakłażan oraz pszenica, kukurydza, ryż- udowodniono ich wpływ na występowanie sztywności stawów;
- ✓ nasycone kwasy tłuszczowe- zwierzęce, zawarte w margarynach, tłustych mięsach, oleju słonecznikowym;
- ✓ alkoholu;
- ✓ napojów gazowanych- zawierających kwas ortofosforowy wypłukujący wapń z kości.

Rehabilitacja i leczenie pacjenta z Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów

Rehabilitacja osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów ma duże znaczenie we wczesnym stadium choroby, gdzie nie stwierdza się jeszcze utrwalonych zmian stawowych. W RZS wyróżnia się tzw. „zjawisko błędnego koła”, czyli napędzanie destrukcji stawowych poprzez ból stawów, który zwiększa napięcie mięśniowe, a to powoduje zwieranie powierzchni stawowych, które są uszkodzone co jest przyczyną doznań bólowych i postępującego uszkodzenia stawów. Leczenie rehabilitacyjne opiera się na przerwaniu „błędnego koła” poprzez działanie mające na celu odciążenie stawów, działanie przeciwbólowe i rozluźniające. Cyklicznie powtarzane ćwiczenia mają na celu zapobieganie deformacjom i leczenie istniejących co ma niebagatelny wpływ na stan zdrowia i sprawność chorego [26].

W procesie kinezyterapeutycznym dąży się do poprawy odżywienia i pogłębienia zakresu ruchu w stawach z zastosowaniem ćwiczeń biernych i czynnych w odciążeniu i/lub z oporem, poprawy pracy mięśni, tj. ćwiczenia izometryczne z oporem i zmniejszenie przykurczów z wykorzystaniem np. wyciągów [27].

Pacjent może wykonywać różne ćwiczenia usprawniające w domu i poza domem, tj. lekki aerobik trwający do 45 minut dziennie, pływanie, Nordic Walking, a nawet ćwiczenia z wykorzystaniem prac domowych, np. zmywanie naczyń czy zagniatanie ciasta, które zwiększają siłę ucisku dłoni [27].

Do zadań fizykoterapii należy przede wszystkim działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe oraz przygotowanie stawów do zabiegów z zakresu kinezyterapii. Z danych literaturowych wynika, że stosowana jest: przezskórna elektrostymulacja nerwów TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*), galwanizacja, ultradźwięki, krioterapia czy hydroterapia [25, 26, 27].

Wskazówki dla pacjenta z rozpoznany Reumatoidalnym Zapaleniem Stawów do zastosowania w warunkach domowych

Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny powinna być rozpoczęta w szpitalu i składa się z uzupełnienia wiedzy o samopielęgnacji i samokontroli, demonstracji wykonywania zabiegów i czynności poprawiających samopoczucie chorego, które można wykonać w warunkach domowych oraz udostępnienie broszur, spisu stron internetowych i

literatury, własnoręcznych notatek- jest to niezbędny element każdej edukacji zdrowotnej do której pacjent i rodzina może wrócić w każdej chwili [25].

Edukacja pacjenta i jego rodziny powinna zawierać informację o [26, 27, 28, 29]:

- ✓ rehabilitacji- zachęcenie pacjenta do regularnego korzystania z usług fizjoterapeuty oraz wybrania dziedziny sportu spośród wskazanych w RZS, którą będzie mogła uprawiać po powrocie do domu (np. Nordic Walking, pływanie);
- ✓ regularnego przyjmowanie leków;
- ✓ cyklicznego poddawania się badaniu krwi;
- ✓ rozpoznawania symptomów niedokrwistości, wrzodów żołądka;
- ✓ utrzymywania racjonalnej i zbilansowanej diety;
- ✓ stosowania zabiegów przeciwzapalnych tj. suche i wilgotne ciepło, zimne okłady, masaże;
- ✓ unikania stresu;
- ✓ motywowanie do utrzymywania aktywności zawodowej;
- ✓ odpoczynku w trakcie dnia, wysypiania się;
- ✓ zakupu umiarkowanie twardego materaca, zastąpienia miękkiej poduszki małą poduszką lub wałkiem pod głowę;
- ✓ dostosowania mieszkania do indywidualnych potrzeb chorego- zastąpienie wanny natryskiem, zamontowanie barierek i dodatkowych uchwytów w mieszkaniu, zapewnienie sprzętów kuchennych tj. zmywarka, mikser, robot kuchenny;
- ✓ możliwości udziału w grupach wsparcia.

Jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów jest znacznie obniżona. Przewlekłe odczuwanie bólu, sztywność poranna uniemożliwiająca wykonanie porannych czynności pielęgnacyjnych i postępujące inwalidztwo mogą być przyczyną zachorowania osób dotkniętych tą chorobą na depresję. Chorzy borykają się z problemami natury psychicznej, fizycznej, społecznej, biologicznej i zawodowej. Z biegiem czasu są bardziej uzależnieni od pomocy osób bliskich i służby zdrowia [29].

Permanentne odczuwanie lęku prowadzi do pogłębiania destrukcji stawowych i stanu zapalnego trwającego w stawach oraz pogłębiania osteoporozy, dlatego niezbędne jest

zapewnienie chorującemu na RZS pacjentowi stałej opieki psychologa i/lub psychiatry [30, 31, 32].

Życie ludzi chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest dużym obciążeniem emocjonalnym, ponieważ żyją ze świadomością postępującego inwalidztwa i stałego uzależnienia od osób bliskich i służby zdrowia. Osoby obciążone tą chorobą potrzebują bodźca i wsparcia osób bliskich do podjęcia zmian ułatwiających podejmowanie samodzielności w czynnościach dnia codziennego. Ma to niebagatelny wpływ na życie w społeczeństwie oraz stan psychiczny chorego [28, 31].

W celu ułatwienia podejmowania samodzielnych czynności dnia codziennego i zmniejszenia dyskomfortu chorego zalecane jest podjęcie zmian w warunkach domowych [28, 29, 30, 32]:

- pogrubienie uchwytów od sztućców, szczoteczki do zębów i innych przedmiotów służących do wykonywania precyzyjnych czynności ze względu na ograniczony chwyt ręki;
- montaż barierek w użytkowanych przez chorego pomieszczeniach, które znacznie ułatwią wstawanie z miejsca i przemieszczanie;
- podwyższenie podstawy sedesu;
- założenie mat antypoślizgowych w wannie czy brodziku;
- zapewnienie choremu krzesła w brodziku czy wannie;
- zakup łyżki do zakładania butów, przyrządu do zakładania skarpet i zapinania guzików, krzesła obrotowego z kółkami;
- obniżenie szafek kuchennych;
- montaż uchylnych baterii łazienkowych.

Edukacja pacjentów powinna odbywać się według ustalonych Standardów Diagnostyczno- Terapeutycznych Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Pielęgniarka ma za zadanie przekazanie wiedzy dotyczących zasad postępowania leczniczego, tj. systematyczność leczenia, terapia przeciwbólowa, edukacja o stosowaniu prawidłowej i zbilansowanej diety, pielęgnacji stawów i o wykorzystaniu zabiegów fizykalnych np. zabiegi z wykorzystaniem ciepła i zimna oraz w zakresie zagrożeń i następstw, które niesie za sobą choroba. W procesie edukacji pielęgniarka przekazuje informacje o czynnościach dnia codziennego, które ułatwią życie chorego, metod radzenia sobie ze stresem, nauka

odpowiedzialności za utrzymanie własnego zdrowia, zachęcenie do dążenia do samodzielności w podejmowaniu czynności dnia codziennego i akceptacji choroby. Rodzinę i bliskich chorego włącza się w proces edukacji, a całość procesu zostaje udokumentowana. Istotną kwestią jest umiejętne przekazanie informacji choremu. Istotne informacje przekazuje się na piśmie, aby chory miał możliwość wglądu w powyższe informacje w każdej chwili, a podczas rozmowy przedstawia się pacjentowi najważniejsze punkty, ponieważ przekazanie wielu informacji jednocześnie jest nieskuteczne, a chory zapamięta tylko 4-5 pierwsze punkty rozmowy.

Pielęgniarka pełniąc funkcję edukacyjną powinna przekazać informacje o prawidłowych technikach ubierania i rozbierania, przenoszenia przedmiotów. Czynności te ułatwią samodzielne funkcjonowanie chorego. Z danych dostępnych w literaturze wynika, że pacjent powinien pamiętać o [28, 29, 32]:

- rozpoczynaniu zakładania ubrań od bolesnej kończyny, a zdejmowania od kończyny mniej bolesnej;
- podczas ubierania i rozbierania przyjmowaniu pozycji siedzącej;
- otwieraniu szafek, drzwi lodówki itp. oburącz;
- przenoszeniu ciężkich przedmiotów obiema rękoma i blisko tułowia;
- wykorzystaniu wózka do przewożenia zakupów;
- pracowaniu z komputerem w pozycji siedzącej na odpowiednio wyprofilowanym krześle, nadgarstek powinien być utrzymywany przez podkładkę na mysz w wyrzuceniu.

Zmiana nawyków i zachowań w życiu codziennym pacjentów chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów ma na celu poprawę jakości ich życia i prewencję pogłębiania zmian stawowych. Zmiana wyrobionych nawyków i warunków mieszkaniowych jest dla chorych i ich rodziny obciążeniem materialnym i psychicznym oraz niesie ze sobą wyrzeczenia w sferze egzystencjalnej. Pielęgniarka należąca do zespołu terapeutycznego ma za zadanie przekazanie informacji o metodach dostosowania mieszkania i zachowań chorego i motywowanie pacjenta do podejmowania działań samopielęgnacyjnych i do wykazywania samodzielności w warunkach domowych [29, 32, 33].

Reumatoidalne zapalenie stawów prowadzi do stopniowego uszkodzenia struktur stawowych, zajmowania wielu narządów wewnętrznych, obniżenia jakości życia chorych i

inwalidztwa. Chorzy na RZS zmagają się z wieloma problemami natury fizycznej, psychicznej i społecznej co ma niebagatelny wpływ na długość i jakość ich życia.

Według Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i ustalonych przez nie standardów opieki diagnostyczno- terapeutycznej nad pacjentem z RZS kluczowa jest edukacja zdrowotna chorych, która jest przygotowaniem pacjenta do podejmowania samodzielności w samo opiece, aktywizacji do podejmowania rehabilitacji stawów oraz nauki życia w społeczeństwie. Życie ludzi chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest dużym obciążeniem emocjonalnym, ponieważ żyją ze świadomością postępującego inwalidztwa i stałego uzależnienia od osób bliskich i służby zdrowia. Osoby obciążone tą chorobą potrzebują bodźca i wsparcia osób bliskich do podjęcia zmian ułatwiających podejmowanie samodzielności w czynnościach dnia codziennego. Ma to niebagatelny wpływ na życie w społeczeństwie oraz stan psychiczny chorego [29, 30, 31, 32, 33].

Podsumowanie

Jakości życia osób z chorobami reumatycznymi jest przedmiotem licznych badań w reumatologii europejskiej i światowej. W Polsce opublikowano dotychczas niewiele prac dotyczących tych zagadnień. W ostatnich latach udowodniono, że narzędzia do pomiaru stanu zdrowia i jakości życia są bardzo potrzebne i mają zastosowanie zarówno w badaniach naukowych, jak i w ocenie klinicznej [1, 7, 19, 23, 30, 32, 33, 34].

Piśmiennictwo

1. Langford C.A., Anthony S.Fauci. (red.): Harrison Reumatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
2. Kózka M., Płaszewska- Żywko L. (red.): Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Zimmermann-Górska I. (red.): Postępy reumatologii klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
4. Kontny E.: Patogeneza reumatoidalnego zapalenia stawów. Część I- odpowiedź nabyta, uwarunkowania genetyczne i środowiskowe. Reumatologia, 2011, 49, 1, 47-54.

5. Filipowicz- Sosnowska A., Kwiatkowska B.: Skuteczność i bezpieczeństwo inhibitorów TNF- wyniki długotrwałych badań obserwacyjnych. *Reumatologia*, 2007, 45, 1, 32-39.
6. Mackiewicz Stefan H.: Geneza reumatoidalnego zapalenia stawów a możliwość terapii. *Reumatologia*, 2010, 48, 1, 1-3.
7. Jurkowska G., Łagoda K.: *Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
8. Puszczewicz M.: *Wielka interna- reumatologia.* Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2010.
9. Wiland P.: *Zmiany narządowe w chorobach reumatycznych.* Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2016.
10. Głuszko P., Filipowicz- Sosnowska A., Tłustochowicz W.: Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2012, 50, 2, 83-90.
11. Rutkowska- Sak L., Moskalewicz B.: Projekt strategii wczesnej diagnostyki reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*, 2007; 45/1 (supl.1), 64-66.
12. Samborski W., Brzosko M.: *Reumatologia praktyczna.* Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska, Kraków 2011.
13. Rell K.: Wybrane aspekty bezpieczeństwa leczenia NLPZ. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2011, 7 (1), 41-48.
14. Świerkot J., Sokolik R., Gruszecka- Marczyńska K. i wsp.: Skuteczność leczenia i występowanie działań niepożądanych w trakcie terapii metotreksatem podawanym doustnie i podskórnie chorym na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2008, 46, 6, 322- 329.
15. Mackiewicz S.: Racjonalne podstawy terapii modyfikującej. *Reumatologia*, 2010, 48, 5, 289- 292.
16. Targońska- Stępiak B.: Profil bezpieczeństwa leflunomidu. *Reumatologia*, 2008, 46, 6, 367- 371.
17. Targońska- Stępiak B., Chudzik D., Dryglewska M., Majdan M.: Ocena wpływu leczenia leflunomidem na wskaźniki procesu zapalnego u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2007, 45, 1, 1-5.
18. Rell- Bakalarska M., Rutkowska- Sak L., Kwiatkowska M. i wsp.: Leflunomid w terapii chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2007, 45, 1, 6-10.

19. Hajdyla I., Skura A., Banaś T., Batko B.: Analiza skuteczności i bezpieczeństwa terapii leflunomidem w zależności od wieku pacjentów i czasu trwania reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*, 2007, 45, 1, 11- 17.
20. Tlustochowicz W., Brzosko M., Filipowicz- Sosnowska A. i wsp.: Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia*, 2008, 46, 3, 111-114.
21. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L., Głąbska D.: *Dietoterapia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
22. Grzymisławski M., Gawęcki J.: *Żywienie człowieka zdrowego i chorego*, Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2016.
23. Nowak A., Zep W., Straburzyńska- Lupa A., Romanowski W.: Ocena wartości odżywczej racji pokarmowych kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 2012, 50, 6, 487- 492.
24. Leszczyński P., Hrycaj P., Mackiewicz S.H.: Osteoporoza u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów- realny problem czy fikcja? Ocena występowania złamań trzonów kręgowych u kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów w wieku do 50 lat. *Reumatologia*, 2007, 45, 6, 362- 368.
25. Olewicz- Gawlik A., Hrycaj P.: Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów- badania własne i przegląd literatury. *Reumatologia*, 2007, 45, 6, 346- 349.
26. Kwolek A.: *Rehabilitacja Medyczna*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
27. Księżopolska- Orłowska K.: Postępowanie rehabilitacyjne w reumatologii. *Reumatologia*, 2012, 50, 2, 181- 184.
28. Żuk B., Księżopolska- Orłowska K.: Ochrona stawów w reumatoidalnym zapaleniu stawów. *Czynności dnia codziennego*. *Reumatologia*, 2009, 47, 4, 193- 201.
29. Wisłowska M., Kanecki K., Tyszko P., Kapała A.: Jakość życia zależna od zdrowia u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia*, 2010, 48, 2, 104-111.
30. Wysocka- Skurska I., Sierakowska M., Sierakowski S.: Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*, 2012, 50, 1, 16- 23.

31. Krzemińska- Dąbrowska I., Sudoł K., Moskalewicz B.: Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia*, 2007, 45, 4, 215- 218.
32. Bączyk G.: Przegląd badań nad jakością życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2008, 46, 6, 372- 379.
33. Sierakowska M., Doroszkiewicz H., Nyklewicz W., Mojsa W.: Zalecenia Europejskiej Ligi Przeciwreumatycznej- implikacje dla opieki pielęgniarskiej. *Via Medica, Nursing Topics*, 2010, 18 (2), 232- 238.
34. Grygiel-Górniak B., Pawlak- Buś K., Leszczyński P.: Sposób żywienia zapewniający optymalną podaż wapnia i witaminy D3. *Przegląd Menopauzalny*, 2012, 11, 501-505.

Filanowicz Małgorzata, Kubicka Agnieszka

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po całkowitej resekcji żołądka w przebiegu raka żołądka

Wprowadzenie

Każda choroba dotykająca człowieka jest punktem krytycznym w jego życiu. Każdy pacjent po usłyszeniu diagnozy staje na rozdrożu musi porzucić swoje dotychczasowe życie i skupić się na walce z chorobą. Czas od diagnozy poprzez podjęcie leczenia aż do uzyskania wyników zmienia życie nie tylko pacjenta, ale i jego bliskich, którzy przewartościowują swoje życie i skupiają się głównie na wspieraniu pacjenta w tym trudnym dla niego czasie.

Najbliżsi towarzyszący chorym w tym trudnym czasie nie tylko zostają włączeni do procesu terapeutycznego ale również sami są pod stałą opieką wykwalifikowanych psychologów. Wszystkie działania podejmowane w sferze psychicznej mają na celu przeciwdziałanie załamaniu psychicznemu pacjenta oraz jego rodziny. Nowoczesna medycyna podchodzi do człowieka holistycznie, czyli traktuje go nie tylko jako chore ciało czy chory organizm, ale jako całość bio-psycho-społeczną.

Na przestrzeni lat zmieniało się postrzeganie roli pacjenta w procesie leczenia. Początkowo był on tylko biernym biorcą, który nie miał prawa wypowiadać swoich opinii i odczuć, z biegiem lat jednak zaczęto zauważać, że sam chory ma duży wpływ na wynik wykonywanych przy nim czynności i zabiegów. Obecnie zaś pacjent jest czynnym uczestnikiem w procesie leczenia i jego zdanie jest ważnym wyznacznikiem w planowaniu dalszych działań.

Rak żołądka jest coraz częstszym problemem społecznym. Ludziom, którzy zachorowali nagle załamuje się świat ich dotychczasowe życie musi ulec gwałtownej zmianie. Swoją pracą chcę zwrócić uwagę na ten rosnący problem, ponieważ nie jest to trudność z jaką boryka się jednostka. Jeśli choroba atakuje jakąś osobę zmienia to życie nie tylko chorego, ale całej jego rodziny.

Rozwinięcie

We współczesnym świecie pomimo łatwego dostępu do wielu źródeł informacji oraz nowoczesnych technik diagnostyki i leczenia nadal traktujemy nowotwory jako wyrok. Rak żołądka dotyka najczęściej osób po 50. roku życia zazwyczaj są to mężczyźni o niskim statusie socjalno-ekonomicznym, którzy pomimo łatwej dostępności badań przesiewowych nie wykonują ich. Jeśli już zgłoszą się do lekarza wykonane badania wskazują na raka w stadium zaawansowanym, który kwalifikuje ich do leczenia radykalnego.

Małe rozpowszechnienie regularnego wykonywania badań przesiewowych, bagatelizowanie pierwszych objawów oraz późna wizyta u lekarza są przyczynami późnego wykrywania raka żołądka a co za tym idzie rozpoznania choroby w zaawansowanym stadium co utrudnia leczenie i pogarsza czynniki rokownicze pacjenta.

Wielu autorów próbowało zdefiniować pojęcie pielęgnowania w swoich pracach. Obecnie funkcjonuje definicja określająca, iż pielęgnowanie jest domeną pielęgniarki, która jest osobą wykształconą, a więc posiada odpowiednią wiedzę oraz umiejętności. Pielęgnowanie zawodowe jest to *cyt.: „...pomaganie i towarzyszenie człowiekowi w zdrowiu i chorobie, niepełnej sprawności, kształtowanie umiejętności samoopieki w celu utrzymania komfortu życia codziennego w zdrowiu, życiu w cierpieniu i życiu z chorobą...”* [1].

Rozwój pielęgnowania rozpoczął się od wypełniania zleceń lekarskich, gdzie pielęgniarka nie mogła podejmować żadnych czynności samodzielnie. Kolejnym wzorem było pielęgnowanie podporządkowane specjalizacji czynnościowej pielęgniarki. W tym modelu zadania, które wykonywane są u pacjentów podzielone zostały pomiędzy pielęgniarki pracujące na oddziale. Każda z pielęgniarek odpowiadała wyłącznie za przydzielone jej czynności. Rodzaj czynności, jakie należało wykonać zapisywał lekarz w swoich zaleceniach. Po złączeniu dwóch wcześniej wymienionych modeli otrzymano pielęgnowanie tradycyjne. Obecnie stosuje się model zindywidualizowanego pielęgnowania, które nazywane jest również procesem pielęgnowania [1, 2].

Proces pielęgnowania nie jest skoncentrowany tylko na pacjencie i jego jednostce chorobowej, ale obejmuje również rodziną chorego, środowisko, w jakim żyje, pracę oraz sposoby wypoczynku i aktywności. Diagnostyce podlegają wszyscy członkowie rodziny, a służy to ocenie zarówno poszczególnych członków rodziny ich wpływu na domowników oraz całościowej ocenie rodziny.

Osobą odpowiedzialną za proces pielęgnowania jest pielęgniarka, aczkolwiek od pacjenta wymaga się zaangażowania i współpracy. Chory nie jest już biernym odbiorcą świadczeń, a czynnym uczestnikiem [3].

Diagnoza pielęgniarska jest integralną częścią procesu pielęgnowania. Cechami charakterystycznymi diagnozy są jej całościowość. Logiczność, ponieważ cała diagnoza musi bazować na logicznym myśleniu, osoba diagnozująca nie może sobie pozwolić na dowolną interpretację faktów. Zwięzłość, nie należy nadawać jej zbyt dużych rozmiarów poprzez używanie wielu słów. Diagnoza ma zawierać najważniejsze elementy bez zbędnych komentarzy autora. Jednoznaczność każdy kolejny punkt musi potwierdzać poprzednie. Udokumentowanie, czyli zapis w taki sposób, aby w każdym momencie można było do niej sięgnąć [3, 4].

Czynniki ryzyka raka żołądka

Rak żołądka zaliczany jest do nowotworów złośliwych. Dwukrotnie częściej diagnozowany jest u mężczyzn niż u kobiet. Najwięcej zachorowań diagnozowanych jest w 7. dekadzie życia. Ryzyko zapadalności oraz umieralności na ten nowotwór rośnie wraz z wiekiem [5, 6].

Onkolodzy prognozują, że w ciągu kolejnych 15 lat liczba wykrywanych nowotworów wzrośnie w naszym kraju o 40%. Według dr Didkowskiej z Centrum Onkologii w Warszawie przyczyną wzrostu zapadalności na nowotwory jest wydłużenie się długości życia w Polsce oraz to, iż społeczeństwo się starzeje [7].

Wśród czynników ryzyka znajdują się:

- osoby pomiędzy 50 a 59 rokiem życia;
- ludzie, którzy mają niski status socjalno-ekonomiczny;
- osoby zatrudnione przy wydobywaniu węgla kamiennego, przy oczyszczaniu niklu, wyrobie gumy oraz przetwórstwie drzewnym;
- pracownicy, którzy podczas pracy mogą być narażeni na kontakty z włóknem azbestowym;
- ludzie chorujący na niedokrwistość złośliwą;
- osoby, w których diecie znajduje się żywność wędzona, solona oraz pieczona na rożnie;
- ludzie posiadający grupę krwi A;

- mężczyźni, którzy mieszkają w zimnym klimacie;
- osoby starsze;
- pacjenci z rozpoznaniem wrzodem trawiennym oraz zanikowym nieżytem żołądka, którzy są zakażeni *Helicobacter pylori*;
- osoby nadużywające alkoholu oraz palące papierosy [7].

Objawy raka żołądka

Objawy raka żołądka szczególnie w jego wczesnym stadium są mało charakterystyczne, co często powoduje ich bagatelizowanie.

Objawy raka wczesnego to najczęściej:

- zaburzenia apetytu;
- niechęć do jedzenia mięsa;
- znaczne obniżenie łaknienia;
- częste bóle brzucha, występujące zazwyczaj po jedzeniu, usytuowane w nadbrzuszu lub śródbrzuszu, które mają charakter „tępy”;
- częste wymioty, (należy zwrócić szczególną uwagę na wymioty krwiste lub fusowate);
- znaczna utrata masy ciała;
- uczucie pełności zaraz po rozpoczęciu posiłku;
- niedokrwistość łagodna;
- wydalanie czarnych, smolistych stolców, spowodowanych obecnością krwi w kale;
- dysfagia, (zaburzenia połykania).

Często zdarza się, że lekarze wiążą wczesne objawy raka żołądka ze stresem przeżywanym przez pacjenta. Włączają leczenie farmakologiczne skierowane na zobojętnienie kwasu żołądkowego, jak również lekami, które mają za zadanie blokować receptory H₂.

Wraz w rozwoju choroby nasilają się objawy odczuwane przez pacjenta. Do występujących wcześniej, które się nasiliły dołączają kolejne, takie jak:

- zgaga;
- odbijanie się treści pokarmowej;
- uczucie pełności żołądka;

- nudności;
- nadkwaśność soku żołądkowego;
- stany podgorączkowe lub silna gorączka;
- krwawienia żołądkowo-jelitowe;
- wodobrzusze;
- obrzęki obwodowe;
- u niektórych pacjentów możliwe jest wycucie guza w nadbrzuszu.

Objawami towarzyszącymi mogą być:

- ogólne osłabienie;
- wyniszczenie;
- powiększenie wątroby,.

Charakterystycznymi, ale rzadko występującymi objawami raka żołądka są:

- Guz Krukenberg`a- guz jajnika powstały w wyniku przerzutu;
- Próg Blumer`a- wysiew do zachyłka miedniczego, który można wyczuć poprzez badanie per rectum;
- Węzeł Virchow`a- przerzut do węzłów chłonnych nadobojczykowych;
- Przerzuty do około pępkowych węzłów chłonnych- węzeł Siostry Mery-Joseph;
- Przerzuty do węzłów chłonnych w dole pachowym lewym.

Z uwagi na niecharakterystyczność początkowych objawów bardzo ważne jest prowadzenie badań przesiewowych szczególnie u osób, u których występują już dolegliwości przewodu pokarmowego. Wykonanie badania gastroscopowego wraz z pobraniem wycinków u osób, które zgłaszają wczesne objawy mogące wskazywać na rozwój raka żołądka, oraz z nasilającymi się objawami ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego umożliwia wczesne zdiagnozowanie nowotworu [8, 6].

Metody leczenia

Metody leczenia raka żołądka możemy podzielić na inwazyjne oraz nieinwazyjne. Metody nieinwazyjne nie są stosowane w celu wyleczenia pacjenta a ich celem jest na przykład łagodzenie objawów [6].

Jedną z metod nieinwazyjnych jest radioterapia, której celem jest właśnie łagodzenie objawów oraz przedłużenie życia pacjenta. Tą metodę często stosuje się w opiece paliatywnej. Radioterapię można stosować u pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego. W tym przypadku zadaniem tej metody jest zwiększenie szansy na przeżycie. Badania japońskich naukowców wykazały, że włączenie radioterapii 2 tygodnie przed zabiegiem wpływa na zmniejszenie guza oraz zmniejsza naciekanie węzłów chłonnych. Jeśli w trakcie zabiegu napromieniamy miejsce, w którym znajduje się guz wydłuży to życie chorego.

Kolejną metodą jest chemioterapia wielolekowa stosowana głównie w przypadku zaawansowanego raka jak i w przypadku wystąpienia przerzutów. Zdarza się również, że tą metodę włącza się, aby zmniejszyć guz. Nie jest to metoda stosowana rutynowo, ponieważ badania wykazały, że, mimo iż wydłuża życie chorego o około 4 do 9 miesięcy, to jej toksyczność zmniejsza efekty wydłużenia życia. Zarówno naukowcy z Ameryki jak i Japonii prowadzili badania dotyczące włączenia chemioterapii, jako leczenia uzupełniającego stosowanego po zabiegu chirurgicznym. Mimo braku jednoznacznych dowodów rezultaty takiego leczenia są lepsze [6].

Leczenie inwazyjne zawiera w sobie częściowe lub całkowite usunięcie żołądka. Jeśli nowotwór zostanie zdiagnozowany we wczesnej fazie możliwe jest wykonanie częściowego wycięcia żołądka w jego części bliższej lub dalszej wraz z węzłami chłonnymi N1. Po wykonaniu częściowej obwodowej resekcji wykonuje się połączenie dwunastnicy z kikutem żołądka, obecnie stosowana jest przy tym zabiegu metoda Rydygiera. Jeśli wycięcie dotyczyło górnej części żołądka zespolenie, jakie się wykonuje nazwane jest przełykowo-żołądkowym.

Jeśli rak zostanie zdiagnozowany w zaawansowanym stadium podstawową metodą leczenia jest chirurgiczne usunięcie całego żołądka oraz okolicznych węzłów chłonnych. Aby móc powiedzieć, że rak jest w stopniu zaawansowanym musimy stwierdzić występowanie przerzutów regionalnych węzłach chłonnych, drugim kryterium jest naciekanie guza, które nie obejmuje narządów sąsiednich. Podczas resekcji najczęściej usuwa się węzły okołożołądkowe z grup N1, N2 oraz N3 według klasyfikacji TNM [8, 9].

Podczas zabiegu całkowitej resekcji żołądka występuje potrzeba odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego. Obecnie stosowaną metodą odtworzenia ciągłości jest połączenie przełyku z oddzielną pętlą jelita cienkiego, nazywa się to sposobem Roux-Y. Po wykonaniu

zabiegu funkcję żołądka przejmuje wykonany przez chirurga zbiornik, który wykonany jest z pętli jelita cienkiego. Cięcie przy całkowitej resekcji można wykonać od dolnej części klatki piersiowej do pępka [6, 8, 9].

Przygotowanie do zabiegu

Przygotowanie pacjenta przyjętego na oddział do planowego zabiegu dzielimy na odległe i bezpośrednie. O przygotowaniu odległym mówimy już na kilka dni przed planowaną operacją. Chory odbywa rozmowę z lekarzem, który będzie operatorem podczas zabiegu, odpowiada on na nurtujące pacjenta pytania. Lekarz prowadzący zleca wykonanie badań w skład których wchodzi:

- Wybrane badania laboratoryjne:
 - ✓ z krwi obwodowej (morfologia, poziom elektrolitów, poziom glukozy, układ krzepnięcia, próby wątrobowe, HBS, HCV;
 - ✓ z moczu- badanie ogólne.

Innymi badaniami jakie pielęgniarka wykonuje u pacjent przed zabiegiem to:

- EKG;
- Pomiar wagi ciała;
- Pomiar tętna, ciśnienia tętniczego krwi, jak również kontrola tych parametrów;
- Zapewnienie odpowiedniej liczby jednostek krwi o grupie zgodnej z grupą krwi pacjenta;
- Personel pielęgniarski musi przygotować przewód pokarmowy pacjenta, przygotowanie jest zależne od zabiegu jaki zostanie wykonany u:
 - ✓ Wprowadzenie diety płynnej na mniej więcej dwa dni przed zabiegiem;
 - ✓ Podanie płynów czyszczących takich jak Fortrans;
 - ✓ Lewatywa [10].

Jeśli lekarz uzna za konieczne może również zlecić badania dodatkowe, np. USG, CT, NMR, badanie endoskopowe.

Przygotowanie bezpośrednie zaczyna się w przeddzień zabiegu i trwa do momentu wyjazdu pacjenta na blok operacyjny. Należy uzyskać pisemną zgodę od pacjenta, pielęgniarka przygotowując dokumenty musi upewnić się, iż dołączone są do nich wszystkie potrzebne badania. Jeśli anestezjolog który wcześniej konsultował pacjenta zalecił należy

podać premedykację. Do zadań pielęgniarki należy również zadbanie o to aby pacjent pozostał na czczo około 6-8 godzin przed zabiegiem. Dodatkowo jeśli lekarz prowadzący uzna za konieczne pielęgniarka w dniu zabiegu wykonuje choremu lewatywę, pobiera materiał do dodatkowych badań lub podłącza odpowiednie płyny w kroplówkach. W dniu zabiegu pielęgniarka stosuje profilaktykę zakrzepowego zapalenia żył, która obejmuje założenie pacjentowi na kończyny dolne pończoch uciskowych. Tuż przed wyjazdem na salę operacyjną personel pielęgniarski sprawdza czy chory jeśli posiada wyjął protezy zębowe, szkła kontaktowe, okulary, metalowe ozdób oraz zmył makijaż i lakier z paznokci. Pacjent wyjeżdżając z oddziału musi być ubrany w koszulę zabiegową. Po przekazaniu chorego na blok operacyjny personel pielęgniarski dokonuje zmiany bielizny pościelowej [10].

Należy także zadbać o przygotowanie psychiczne pacjenta. Można w tym celu skorzystać z pomocy psychologa klinicznego i rodziny. Personel pielęgniarski oraz lekarski musi jednak pamiętać o wspieraniu chorego od jego pojawienia się na oddziale. Należy przedstawić się, zapoznać pacjenta z topografią oddziału oraz przybliżyć mu plan dnia na oddziale. Przed każdą czynnością musimy wyjaśnić choremu co będziemy wykonywać. Nie powinno się ograniczać kontaktów z rodziną. Zadaniem pielęgniarki jest otoczenie pacjenta opieką oraz zrozumienie jego strachu i niepewności. Należy rozmawiać z pacjentem otwarcie nie unikając odpowiedzi na jego pytania.

Po zabiegu należy pamiętać, żeby wykonując nasze czynności nie traktować pacjenta przedmiotowo, należy szanować jego intymność.

Monitorowanie pacjenta po zabiegu

Odbierając chorego z bloku zespół zabiegowy przekazuje również kartę przebiegu operacji. Po powrocie na oddział pacjent trafia na salę nadzoru, gdzie zakładania jest dla niego indywidualna karta obserwacyjna w której dokumentujemy takie pomiary jak:

- ciśnienie tętnicze krwi;
- tętno;
- temperaturę;
- ilość oddechów;
- diurezę;
- ocena ilości i wyglądu wydzieliny znajdującej się w drenach [5].

Dokonyjemy także oględzin opatrunku założonego na ranę pooperacyjną, pod kątem jego wyglądu - wydzieliny go pokrywającej. Samą ranę obserwujemy oceniając występowanie obrzęku, rozejścia się jej brzegów.

W pierwszej dobie po zabiegu monitoring dokonujemy co 15 minut w pierwszej godzinie po powrocie na oddział, jeśli nie dojdzie do żadnych powikłań pomiary można kontynuować co pół godziny. Kolejnie po upływie trzech godzin monitoring parametrów dokonywany jest co godzinę. Koncentrujemy się również na niwelowaniu bólu odczuwanego przez pacjenta, pobraniu materiałów do badań laboratoryjnych zleconych przez lekarza, oraz podłączaniu wlewów kroplowych, preparatów krwiopochodnych i leków zgodnie ze zleceniem lekarskim. Należy pamiętać, że w okresie pooperacyjnym powinno się również zwrócić uwagę na profilaktykę powikłań septycznych, zakrzepowo-zatorowych oraz wystąpienia odleżyn. Do zadań pielęgniarki opiekującej się pacjentem należy również pamiętać o pomocy pacjentowi podczas rehabilitacji oddechowej oraz zaktywizowanie chorego do działań w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Jeśli pacjent wymaga pomocy w wykonywaniu codziennych czynności należy zaktywizować rodzinę chorego [10].

Wczesne powikłania po zabiegu

W pierwszych dobach po zabiegu należy szczególną uwagę zwracać na stan pacjenta po kątem wystąpienia powikłań, którymi najczęściej są:

- zapalenie płuc;
- ropień podprzeponowy;
- przetoka w kikucie dwunastnicy;
- zropienie rany pooperacyjnej;
- przetoka jelitowo-przełykowa.

Poza wczesnymi powikłaniami na rokowanie przeżycia chorego mają wpływ:

- radykalność zabiegu chirurgicznego, jakiemu poddany był pacjent;
- proporcja zmienionych węzłów chłonnych do wszystkich węzłów usuniętych
- głębokość nacieku guza.

Obecnie w Europie przeżycie pacjentów z rakiem żołądka wynosi od 10 do 20% dla porównania w Japonii i Korei jest to około 40% [11].

Metody leczenia paliatywnego

Leczenie paliatywne jest to leczenie, którego celem nie jest wyleczenie a poprawienie jakości życia pacjenta nieuleczalnie chorego. Wykorzystujemy w nim wszystkie metody dzięki którym możemy zmniejszyć ból oraz z łagodzić objawy choroby.

Jeśli diagnoza zostanie postawiona w momencie, gdy rak nacieka już narządy sąsiednie i występują przerzuty w węzłach chłonnych lub przerzuty odległe, należy włączyć leczenie paliatywne, ponieważ nie ma możliwości wyleczenia. Wśród metod paliatywnych wyróżniamy:

- chemioterapię paliatywną;
- radioterapię paliatywną;
- leczenie przeciwbólowe między innymi leczenie przeciwbólowe;
- chirurgiczne leczenie paliatywne:
- resekcję paliatywną;
- endoskopową rekanalizację i protezowanie wpustu;
- stomię;
- terapię fotodynamiczną [9].

Zalecenia dietetyczne dla pacjentów po zabiegu resekcji żołądka

W pierwszych dobach po zabiegu choremu nie podaje się napoi oraz jedzenia drogą doustną. Możliwe jest tylko podawanie niezbędnych substancji poprzez dożylny wlew kroplowy. Takie postępowanie ma na celu oszczędzanie przewodu pokarmowego, dzięki temu nie dopuszczamy do pęknięcia założonego zespolenia. W tym czasie pacjent ma wprowadzony przez nos dren odbarczający, którego zadaniem jest odprowadzanie soków trawiennych. W kolejnych dobach zezwala się pacjentowi na picie, a od trzeciej doby do diety włączone zostają kleiki. Aby zbytnio nie obciążać układu pokarmowego kleiki dla chorych po resekcji przygotowuje się z ryżu bądź też kaszy manny, które gotuje się na wodzie. W kolejnej dobie jadłospis można rozszerzyć o przetarte owoce. Następnymi produktami, jakie będzie można podać pacjentowi są przetarte zupy oraz białe pieczywo. Od ósmej doby pozwala się choremu jeść mięso mielone oraz gotowane, poza tym jajka na miękko i ziemniaki puree.

Każdego pacjenta pielęgniarka we współpracy z dietetykiem musi zapoznać z zasadami diety, jakiej będą musieli przestrzegać po opuszczeniu szpitala:

- Chory po wyjściu ze szpitala będzie musiał szczególnie dbać o zapewnienie właściwej ilości białka. Odpowiednią dla chorego ilość białka należy obliczyć według schematu 1,5-2 białka g/kg masy ciała pacjenta.
- Białko spożywane przez chorego w ponad 50% powinno być białkiem zwierzęcym. W diecie powinno znaleźć się więcej produktów takich jak: kefir, mleko, jogurt, sery twarogowe, jaja, chude mięsa takie jak cielęcina, kurczak, indyk królik, chude wędliny: polędwica, szynka, ryby taki jak: dorsz, sandacz, szczupak.
- Pacjenci muszą zredukować ilość przyjmowanych tłuszczów do 50-70 g/dobę.
- Posiłki należy spożywać w małych ilościach, ale często około 5-6 razy dziennie.
- Po resekcji żołądka zabronione jest spożywanie posiłków ciężkostrawnych.
- Całkowicie należy zaprzestać jedzenia: fasoli szparagowej oraz suchej, grochu, groszku zielonego, soczewicy, kapusty, kalafiora, brukselki, cebuli, czosnku.
- Nie zaleca się jedzenia: grzybów, serów topionych, ostrych, oraz dojrzewających.
- Jeśli w jadłospisie chorego znajdują się zupy należy zadbać o to, aby nie były one gotowane na tłustych wywarach oraz zaprawiane śmietaną.
- Należy ograniczyć spożywanie kawy, kakao, czekolady oraz alkoholu.
- Z diety usunięte muszą zostać wszelkie potrawy smażone, zastąpić je należy tymi gotowanymi na parze lub pieczonymi w folii.
- Zabronione są przyprawy takie jak: papryka, pieprz, chilli.
- Można używać przypraw łagodnych takich jak: wanilia, koper, cynamon, natka pietruszki, sok z cytryny, anyżek kminek [12, 13].

Zespół typu dumping

U niektórych pacjentów po usunięciu żołądka może dojść do zespołu typu dumping, którego objawami są:

- wymioty;
- biegunka;
- omdlenia;
- osłabienie;
- kołatanie serca.

U pacjentów z tym zespołem należy zastosować dietę, która będzie oszczędzać układ pokarmowy a jednocześnie zapewni choremu odpowiednią ilość składników odżywczych. Przyczyną powstania zespołu jest trąfanie niezhydrolizowanego pokarmu do jelit, co spowodowane jest zmniejszoną pojemnością żołądka.

Dieta w tym zespole charakteryzuje się:

- dużą zawartością białek;
- u chorych z zespołem typu dumping powinno się uważać przy podawaniu mleka oraz innych produktów mlecznych, ponieważ mogą one zaostrzyć objawy zespołu;
- powinna być bogatobiałkowa, nie powinien to być tłuszcz pochodzący z łożu wołowego, baraniny, smalcu oraz słoniny, dobrze tolerowane są natomiast: masło, margaryny miękkie, oliwa z oliwek, olej roślinny, olej sojowy, olej słonecznikowy;
- zmniejszyć należy podaż węglowodanów prostych zawartych w takich produktach jak na przykład: słodycze, pieczywo cukiernicze, napoje słodzone cukrem, owoce takie jak np. winogrona;
- posiłki należy spożywać często około 7/8 razy dziennie w małych ilościach;
- napoje należy spożywać przed lub pomiędzy posiłkami, nigdy bezpośrednio po nich;
- po zjedzeniu posiłku choremu zaleca się położyć się na 20 minut, dzięki czemu żołądek szybciej się opróżnia [12, 13].

U pacjentów po całkowitym usunięciu żołądka może dojść do niedokrwistości z niedoboru witamin. Najczęściej niedokrwistość spowodowana jest brakiem witaminy B12, ujawnia się ona na ogół po czterech do sześciu lat po operacji. Szybciej, bo już dwa lata po zabiegu, ujawnia się brak żelaza. Aby nie dopuścić do sytuacji, w której występują niedobory, podaje się chorym preparaty w postaci zastrzyków.

U niektórych pacjentów po całkowitej resekcji żołądka występuje konieczność podawania diet płynnych. Chory może kupić gotowe preparaty, które zawierają wszystkie potrzebne składniki w odpowiednich proporcjach. Lekarz oceniając stan układu pokarmowego swojego pacjenta, dobiera dla niego preparat, który będzie dostarczał pacjentowi potrzebnych mu składników.

Jeśli konieczne było usunięcie nie tylko żołądka, ale również jelit chorzy zmuszeni są do pozostawania w szpitalu i przyjmowania dożylnych wlewów kroplowych, które są jedyną

możliwością karmienia takich pacjentów. Zaprzestanie podaży kroplówek zakończyłoby się dla nich śmiercią z głodu [12, 13].

Podsumowanie

We współczesnym świecie pielęgniarka jest ważnym członkiem zespołu terapeutycznego, to ona towarzyszy choremu w najtrudniejszych momentach jego życia. Często jest jedyną osobą pochylającą się nad problemami chorego. Mimo, iż pielęgniarstwo istnieje od zamierzchłych wieków jego początki były zupełnie inne. Dopiero pojawienie się Florence Nightingale rozpoczęło rewolucję w zawodzie pielęgniarki, była ona prekursorką zmian mających na celu myślenie o pielęgniarstwie nie jako o pracy na rzecz odzyskania zdrowia ale jako powołania do pomocy ludziom.

Wraz z rozpowszechnianiem się teorii Florence Nightingale pojawiały się kolejne osoby, których teorie rewolucjonizowały pielęgniarstwo. Największe zasługi w na tym polu przypisuje się Florence Nightingale ale również Hildegard Peplau, Virgini Henderson oraz Dorothei Orem. To ich prace wywarły duży wpływ na nowoczesne pojmowanie pielęgniarstwa. Zmiany w obejmowały również rozwój pojęcia pielęgnowania oraz rozwój narzędzi stosowanych we współczesnym pielęgniarstwie ze szczególnym uwzględnieniem procesu pielęgnowania oraz diagnozy pielęgniarskiej. Należy również pamiętać, iż obecnie zawód pielęgniarki jasno określony jest literą prawa. Zarówno w Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej, jak i w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia znajdziemy uwarunkowania prawne konieczne do wykonywania zawodu.

Wraz ze zmieniającym się światem zmieniają się również choroby, które dotyczą ludzkość. Obecnie narastającym problemem stają się choroby nowotworowe. Rak żołądka jest jednym z najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn po 50- tym roku życia. Pielęgniarstwo musi być dziedziną rozwijającą się dynamicznie, aby sprostać wyzwaniom, jakie stawia przed nim ten narastający problem. Aby móc pomóc pacjentom należy rozpocząć od pogłębienia wiedzy dotyczącej czynników ryzyka, osób znajdujących się w grupie ryzyka, objawów oraz typów raka żołądka.

Pielęgniarka jest nie tylko profesjonalistką, która ma pomagać w powrocie do zdrowia fizycznego ale jest również psychiczną podporą dla pacjenta. Osoba wykonująca ten zawód musi umieć pochylić się nad człowiekiem cierpiącym i umieć go wysłuchać.

Piśmiennictwo

1. Poznańska S.: Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem [w:] Pielęgniarstwo, Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 39-55.
2. Wrońska I.: Determinanty rozwoju pielęgniarstwa [w:] Podstawy pielęgniarstwa, tom I, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Czelej, Lubilin 2004, 36-47.
3. Górąjek- Józwiak J.: Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania [w:] Pielęgniarstwo, Zahradniczek K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 140-177.
4. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. PZWL, Warszawa 2008, 19 - 24.
5. Kołodziejczyk P.: Badania kliniczne nad poprawą skuteczności leczenia chorych na raka żołądka z uwzględnieniem osiągnięć współczesnej medycyny. Praca habilitacyjna, Katedra Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, 28-43.
6. Rosenbaum E., Dollinger M.: Uniwersalny przewodnik po metodach leczenia nowotworów. Hanna Publishing Ltd, Warszawa 2000, 579-586.
7. Liczba zachorowań na nowotwory rośnie lawinowo, <http://eonkologia.pl/Liczba-zachorowan-na-nowotwory-rosnie-lawinowo,4356-2303.html> (dostęp na dzień 16.04.2013).
8. Drews M.: Chirurgia żołądka i dwunastnicy [w:] Podstawowe zabiegi pielęgnacyjne w chirurgii, Drews M., Marciniak R.(red.). Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006, 440-456.
9. Deptała A., Wojtkiewicz M. Z.: Onkologia w praktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 195-200.
10. Jędrasiak-Figna L., Matysiak K.: Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego i opieka pooperacyjna [w:] Podstawowe zabiegi pielęgnacyjne w chirurgii, Drews M., Marciniak R. (red.). Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2006, 54-55.
11. Rak żołądka. <http://e-onkologia.am.wroc.pl/docs/RAK%20ZOLADKA.pdf> (dostęp na dzień 16.04.2013).

12. Baliński A.: Resekcja żołądka- zabieg, powikłania, dieta. <http://www.poradnia.pl/resekcja-zoladka-zabieg-powiklania-dieta.html> (dostęp na dzień 16.04.2013).
13. Makarewicz-Wujec M., Kozłowska- Wojciechowska M.: Dieta po resekcji żołądka, Instytut Żywności i Żywienia, <http://www.resmedica.pl/diety/dieta-po-resekcji-zoladka> (dostęp na dzień 16.04.2013).

Bielecka Joanna, Futyma Klaudia, Chimkowska Dominika

Absolwentki Studiów I stopnia kierunku Dietetyka,

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zespół jelita nadwrażliwego w świetle najnowszych doniesień naukowych - wpływ diety na poprawę jakości życia pacjentów

Wprowadzenie

Zespół jelita nadwrażliwego (IBS- ang. *irritable bowel syndrome*) to bardzo powszechne, przewlekłe czynnościowe zaburzenie żołądkowo- jelitowe, które nie ma podłoża zmian organicznych. Szacuje się, że przyczynia się do około 1/3 wszystkich wizyt u gastroenterologów i jest diagnozowane u ok. 11% populacji, w niektórych regionach powszechność IBS sięga 20% [1]. Powszechniej występuje u kobiet niż u mężczyzn i w większości dotyczy osób młodych w przedziale wiekowym 20-40 lat. Ponadto u kobiet częściej odnotowuje się postać zaparciową, natomiast u mężczyzn biegunkową. Pacjenci mogą odczuwać obniżoną jakość życia, co wpływa na potrzebę regularnego korzystania z usług medycznych, dodatkowo znacznie częściej odnotowywana u nich jest absencja w pracy. Przyczyna choroby nie jest znana [2].

Rozwinięcie

Patofizjologia choroby jest złożona i jak dotąd nie została w pełni wyjaśniona, jednak bierze się pod uwagę mikrozapalenia błony śluzowej jelit, zmiany flory jelitowej, zaburzenia funkcji układu odpornościowego, zaburzenia perystaltyki, nadwrażliwość trzewną, zaburzenia osi mózg-jelita, zwiększoną przepuszczalność jelitową oraz wpływ antybiotykoterapii [1]. W ostatnim czasie pojawiły się również publikacje donoszące o możliwym wpływie bakteryjnego przerostu jelita cienkiego (ang. SIBO- *small intestinal bacterial overgrowth*) na występowanie IBS. U pacjentów, u których stwierdzono SIBO na podstawie wyższych wskaźników testu oddechowego z użyciem glukozy, dodatkowo zauważono częstsze

występowanie postaci biegunkowej IBS w porównaniu do pacjentów z typem zaparciowym oraz grupy kontrolnej [3]. Co więcej, u chorych z typem zaparciowym dostrzeżono wyższą produkcję metanu, z kolei u chorych z typem biegunkowym nadmierną produkcję wodoru [3]. Ponadto w licznych badaniach zauważano powiązanie IBS z zaburzeniami psychologicznymi-objawy choroby nasilały się wraz z pogarszaniem stanu psychicznego oraz ustępowały po powrocie do równowagi psychicznej [4]. Przypuszcza się, że neurotyczność, czyli skłonność do stanów lękowych, nerwicowych i depresji może stanowić czynnik ryzyka rozwoju zespołu jelita nadwrażliwego. W badaniach przeprowadzonych przez Tayamę i wsp. u 557 pacjentów w wieku od 18 do 21 lat, u których dominował biegunkowy typ IBS, odnotowano wyższą ilość punktów w testach na neurotyczność w porównaniu do pacjentów z zaparciowym typem IBS oraz zdrowych pacjentów [4]. Dodatkowo u pacjentów z IBS częściej odnotowywano występowanie hipochondrii [5].

Objawy choroby, choroby współistniejące

Zespół jelita nadwrażliwego objawia się chronicznym lub powtarzającym się bólem jamy brzusznej bądź odczuciem dyskomfortu, któremu towarzyszą zmiany w rytmie wypróżnień począwszy od biegunek, zaparć, biegunek i zaparć występujących naprzemiennie, a skończywszy na przewadze normalnego rytmu wypróżnień z występowaniem biegunek i zaparć. W typie zaparciowym może dodatkowo występować uczucie niepełnego wypróżnienia. Poza tym pacjenci mogą zgłaszać szereg pozajelitowych objawów takich jak: zaburzenia funkcji seksualnych, bolesne miesiączkowanie, dyspareunia, częstomocz i zwiększone parcie na mocz czy fibromialgia [6].

Kryteria rozpoznania

Rozpoznanie zespołu jelita nadwrażliwego może stanowić wyzwanie diagnostyczne ze względu na to, że symptomy choroby są podobne do wielu innych zaburzeń jelitowych. Zgodnie z IV kryteriami rzymskimi IBS jest definiowany jako nawracający ból jamy brzusznej, trwający przynajmniej 4 dni w miesiącu przez więcej niż ostatnie 2 miesiące, któremu towarzyszą jeden bądź więcej z następujących objawów: są one powiązane z defekacją, występuje zmiana częstości oddawania stolca, bądź wiążą się ze zmianą konsystencji stolca. Wyróżnia się 4 typy zespołu jelita nadwrażliwego: biegunkowy (IBS-D), zaparciowy (IBS-C), mieszany (IBS-M) oraz niesklasyfikowany (IBS-U) [7].

Probiotyki

W ostatnich latach zauważono, że zastosowanie probiotyków w terapii IBS może mieć korzystny wpływ na mikrobiom, barierę jelitową oraz samopoczucie pacjentów. Zhang i wsp. przeprowadzili metaanalizę 21 randomizowanych badań klinicznych dotyczących wpływu typu probiotyków, wielkości dawki oraz czasu trwania leczenia na występowanie objawów oraz jakość życia chorych. Zauważono, że pojedyncze szczepy bakterii probiotycznych w mniejszej dawce i stosowane krócej (< 8 tyg.) są bardziej efektywne w łagodzeniu symptomów choroby oraz pozytywnie wpływają na poprawę jakości życia [8]. W badaniach stosowano probiotyki z następującymi szczepami bakterii z rodziny Lactobacillus: *L. acidophilus*, *L. plantarum*, *L. rhamnosus*, *L. bulgaricus*, *L. para-casei ssp.*, z rodziny Bifidobacterium: *B. bifidum*, *B. breve*, *B. lactis*, *B. longum* oraz *Bacillus coagulans* i *Streptococcus thermophiles* [9].

Leczenie dietetyczne

Dieta stanowi bardzo ważny element leczenia IBS. Podejście do chorego powinno być zindywidualizowane i zróżnicowane. Blisko 2/3 pacjentów powiązuje nasilenie dolegliwości ze spożyciem określonych produktów. W związku z tym pacjenci często niepotrzebnie eliminują ze swojej diety zbyt wiele produktów, co może sprzyjać rozwojowi niedoborów pokarmowych [10]. Pierwszym krokiem w interwencji dietetycznej jest zmiana stylu życia i modyfikacja dotychczasowego sposobu żywienia pacjenta. Posiłki powinny być spożywane regularnie, chorych należy poinstruować, by unikali pomijania posiłków, żeby nie dopuścić do zbyt długich przerw między jedzeniem oraz należy wspomnieć o unikaniu spożywania pokarmów późnym wieczorem. Nieregularność może wpływać na perystaltykę jelit i w konsekwencji sprzyjać zaostrzeniu objawów [11]. Ponadto zalecane jest konsumowanie pożywienia w spokojnej atmosferze, bez pośpiechu, dokładne przeżuwanie kawałków oraz zwrócenie uwagi na wielkość porcji- mniejsze ilości, a częściej. Spożycie znacznej ilości pokarmu o dużej wartości energetycznej w krótkim czasie może prowadzić do zaostrzenia dolegliwości [12]. Wśród produktów i składników, które potencjalnie mogą nasilać dolegliwości wymienia się: alkohol, kofeinę czy ostre przyprawy. Ich konsumpcja powinna być uzależniona od indywidualnej tolerancji pacjenta i ewentualnego wpływu na zaostrzenie dolegliwości [12]. Wielu pacjentów zgłaszało nasilenie objawów po spożyciu potraw bogatotłuszczowych, dlatego też w przypadku stwierdzenia złej ich tolerancji, należy

wprowadzić odpowiednie modyfikacje dietetyczne [13]. Podaż tłuszczu w diecie dorosłych osób powinna oscylować w granicach 30-35% energii ogółem i nie powinna być niższa niż 15%, natomiast u pacjentów z IBS nie powinna być niższa niż 40-50 g/dobę [14, 15]. Ponadto uważa się, że wielonienasycone kwasy tłuszczowe oraz ich metabolity mogą wywierać korzystny wpływ w łagodzeniu mikrozapaleń błony śluzowej, które są jedną z możliwych przyczyn prowadzących do powstania zespołu jelita nadwrażliwego [16]. Jednak określenie wielkości ewentualnej suplementacji wymaga dalszych badań. Uważa się, że w przypadku błonnika pokarmowego należy uwzględnić jego podział nie tylko na rozpuszczalny i nierozpuszczalny w wodzie, ale również powinno się zwrócić uwagę na jego zdolność do fermentacji, lepkość. Stąd też np. β -glukan zaliczany jest do frakcji rozpuszczalnej, tworzącej żele i szybko fermentującej. Natomiast błonnik z otrąb pszennych jest nierozpuszczalny w wodzie, słabo fermentujący [17]. Szybko fermentujące frakcje błonnika pokarmowego prowadzą do wytworzenia w krótkim czasie znacznej ilości gazów w przeciwieństwie do niefermentujących, które zazwyczaj w mniejszym stopniu przyczyniają się do występowania wzdęć. Dobór odpowiedniego rodzaju błonnika w diecie pacjenta powinien być kwestią indywidualną. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na dobrą tolerancję psyllium zarówno w postaci zaparciowej jak i biegunkowej [12]. Psyllium wpływa na prawidłowe formowanie stolca i zmniejsza częstość defekacji [18]. Dodatkowo w przypadku zaparć korzystne efekty może dawać zastosowanie siemienia lnianego w stopniowo zwiększanej ilości od 6 do 24 g/dobę, zaleca się spożywanie 2 łyżek zalanych 150 ml ciepłej wody. Napar z siemienia pomaga uregulować rytm wypróżnień, przynosi ulgę przy bólach jamy brzusznej oraz zmniejsza odczuwanie wzdęć. Jednakże obecnie nie ma wystarczającej ilości dowodów naukowych, na podstawie których można by było ustalić optymalną podaż błonnika pokarmowego u pacjentów z IBS [12]. Kolejną grupą produktów, których spożycie może nasilać dolegliwości jest mleko i produkty mleczne. Mleko zawiera dwucukier- laktozę, która jest trawiona przy udziale enzymu rąbka szczoteczkiowego jelit- laktazy. Niedobór laktazy skutkuje niedostatecznym trawieniem tego dwucukru i w konsekwencji wytworzeniem krótko łańcuchowych kwasów tłuszczowych oraz gazów (np. wodoru). Pacjenci z zespołem jelita nadwrażliwego często łączą nasilenie dolegliwości chorobowych ze spożyciem mleka, jednak nie zawsze ma to przełożenie na wyniki testów oddechowych, które są stosowane w celu wykrywania pokarmowej nietolerancji laktozy. Obecnie nie ma wystarczających dowodów naukowych potwierdzających korzyści

wynikające z wykluczenia z diety mleka u wszystkich chorych. Aczkolwiek okresowa jego eliminacja może być zasadna u osób, które odnotowują zmniejszenie nasilenia dolegliwości po zaprzestaniu spożywania mleka. Poza tym dieta o niskiej zawartości laktozy powinna być rekomendowana pacjentom, u których otrzymano pozytywny wynik testu wodorowego [12]. Jeśli chodzi o podaż płynów to powinna ona wynosić dziennie od 1,5 do 3 l. U osób z zaparciowy typem IBS taka ilość sprzyja uregulowaniu rytmu wypróżnień. Należy jednak zaznaczyć, że wody i napoje gazowane mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg choroby i nasilać dolegliwości [2]. Ważny element uzupełnienia zmiany zachowań żywieniowych powinna stanowić aktywność fizyczna. Umiarkowane ćwiczenia pomagają w redukcji nadmiaru gazów, zmniejszają uczucie wzdęcia oraz ułatwiają uregulowanie rytmu wypróżnień, zwłaszcza u pacjentów z typem zaparciowym [19]. Ponadto rekreacyjne uprawianie sportu korzystnie oddziałuje na jakość życia pacjentów poprzez zmniejszenie objawów depresyjnych, uczucia zmęczenia i niepokoju, a w konsekwencji poprawia jakość życia chorych. Dodatkowo w przypadku typu zaparciowego, któremu towarzyszy nadmierne napięcie mięśni miednicznych pomocne może okazać się przyjmowanie odpowiedniej pozycji podczas defekacji [20].

Dieta o niskiej zawartości FODMAP

Zastosowanie diety o niskiej zawartości węglowodanów łatwo fermentujących FODMAP (ang. *Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols* -fermentujących oligosacharydów, disacharydów, monosacharydów i polioli) powinno się rozważyć, kiedy podstawowe modyfikacje sposobu żywienia nie przynoszą poprawy w złagodzeniu dolegliwości chorobowych. Węglowodany te nie są trawione w jelicie grubym przez co zwiększają wchłanianie wody do światła jelita oraz wpływają na produkcję gazów przez bakterie, które wykorzystują je w procesach fermentacji [21]. Należy zaznaczyć, że dieta ta nie zwalnia czasu pasażu jelitowego [22]. Wśród produktów o wysokiej zawartości FODMAP wymienia się: szparagi, buraki, kielki brukselki, brokuły, kalafior, kapustę, koper włoski, czosnek, groszek, cebulę, produkty z żyta i pszenicy (chleb, makaron, płatki) spożywane w zbyt dużej ilości, rośliny strączkowe (ciecierzycę, soczewicę, fasolę), grzyby, arbuza, jabłka, gruszki, mango, owoce suszone, nektarynki, mleko krowie, kozie i owcze, lody, jogurty, miód, słodziki- fruktoza, syrop glukozowo- fruktozowy, sorbitol, mannitol, ksylitol (oraz pozostałe polialkohole). Z kolei niską zawartością FODMAP cechują

się następujące produkty: marchew, ogórek, ziemniaki, papryka, bakłażan, sałata, szpinak, szczypiorek, pasternak, dynia, pomidor, cukinia, ryż, kukurydza, quinoa, mleko bezlaktozowe, mleko ryżowe, migdałowe, twarde sery (parmezan, brie, camembert), masło, banany, borówki, grejpfruty, winogrona, kiwi, cytryna, mandarynki, pomarańcze, maliny, truskawki, słodziki- sukraloza, tagatoza, aspartam [2]. Skuteczność diety w licznych randomizowanych badaniach klinicznych została oceniana na 70% i u większości pacjentów dieta nie sprawiała trudności w zastosowaniu [23]. Gibson w swojej pracy zauważa, że wśród pewnej grupy pacjentów dieta low-FODMAP (*low-* ang. niska zawartość) powinna stanowić pierwszy element leczenia [3]. Niektórzy chorzy odnotowują poprawę samopoczucia po 1-2 tyg. od wdrożenia diety, natomiast u innych polepszenie zdrowia następuje po 3-4 tyg [24]. Po upływie 3-4 tyg. od zastosowania diety powinno się ponownie włączać wyeliminowane produkty, by stopniowo ustalić granicę ich tolerancji. Nie zaleca się ścisłego stosowania diety low-FODMAP przez długi okres czasu [25]. Harvie i wsp. w swoich badaniach dowiedli, że zastosowanie diety o niskiej zawartości węglowodanów łatwo fermentujących znacząco poprawia stan zdrowia i samopoczucia pacjentów z IBS, dodatkowo korzystne oddziaływanie diety było zauważane po stopniowym ponownym włączaniu węglowodanów FODMAP do jadłospisu. Nie zauważono negatywnego wpływu diety na mikrobiom jelitowy [26]. Zastosowanie takiego żywienia jest polecane pacjentom, u których występują bóle jamy brzusznej, wzdęcia, gazy i biegunki [25]. Dieta powinna być monitorowana przez specjalistę-dietetyka, który powinien być zobowiązany do wprowadzania modyfikacji dietetycznych opartych na dowodach naukowych [27]. Przy nieodpowiedniej kontroli spożywanych produktów istnieje ryzyko zbyt niskiej podaży błonnika pokarmowego, żelaza, witamin z grupy B oraz wapnia. Uważa się, że edukacja dietetyczna indywidualna jak i grupowa mają podobną skuteczność [27]. Bierze się również pod uwagę ewentualny niekorzystny wpływ diety low-FODMAP na mikrobiom pacjentów. Oprócz węglowodanów fermentujących zmniejsza się podaż z dietą prebiotyków pod postacią fruktanów i galaktooligosacharydów, co może wpływać na taksonomiczną różnorodność drobnoustrojów w jelitach. Zastosowanie tej diety może wiązać się z pewnymi trudnościami- pacjenci w czasie wdrażania low-FODMAP mają ograniczoną dostępność spożywania posiłków poza domem, poza tym koszty zakupu produktów mogą być wyższe niż w tradycyjnej diecie [28]. Natomiast w przypadku, gdy dieta low-FODMAP nie przyniosła poprawy należy rozważyć inne, alternatywne metody leczenia. Pacjenci mogą odnieść korzyści z terapii behawioralnych, jeśli objawy choroby

nasilają się pod wpływem stresu, niepokoju czy nerwowych sytuacji. Jednakże interwencja psychologiczna może być utrudniona ze względu na brak dostępności do odpowiednich służb medycznych, wysokie koszty jej wdrożenia czy długi czas trwania.

Podsumowanie

Zespół jelita nadwrażliwego jest bardzo powszechnym zaburzeniem czynnościowym i może w znaczącym stopniu negatywnie wpływać na jakość życia pacjentów. Podejście do każdego chorego powinno być zindywidualizowane ze względu na różnorodny przebieg schorzenia. Patofizjologia choroby jest złożona i nie została w pełni wyjaśniona. Znaczna część pacjentów wiąże nasilenie dolegliwości ze spożyciem określonych pokarmów, dlatego też dieta powinna stanowić nieodłączny element terapii IBS. Początkowo należy zmodyfikować sposób żywienia pacjenta. W przypadku braku poprawy samopoczucia wśród pewnej grupy pacjentów pod kontrolą dietetyka można wprowadzić dietę o niskiej zawartości węglowodanów łatwo fermentujących. Jej skuteczność w licznych badaniach została potwierdzona na poziomie 70%. Ponadto długofalowe korzystne działanie diety low-FODMAP było również zauważalne po stopniowym wprowadzaniu niektórych węglowodanów do jadłospisu pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Ikechi R., Fischer B.D., DeSipio J., Phadtare S.: Irritable Bowel Syndrome: Clinical manifestations, dietary influences, and management. *Healthcare*, 2017, 5, 21-35.
2. Cozma- Petrut A., Loghin F., Miere D., Dumitrascu dan L.: Diet in irritable bowel syndrome: What to recommend, not what to forbid to patients! *World Journal of Gastroenterology*, 2017, 7 (23), 3771- 3783.
3. Tomphson R.J.: Is irritable bowel syndrome as infectious disease?: *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2016, 22, 1331-1334.
4. Tayama J., Nakaya N., Hamaguchi T. et al.: Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndorome. *BioPsychoSocial Medicine*, 2012, 6, 20-28.
5. Mousavinasab S.M., Gorganinezhad- Mosniri M., Saberifiriouzu M. et al.: Personality characteristics and irritable bowel syndrome in Shiraz, Southern Iran. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 2007, 13, 168-171.

6. Saha L.: Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment and evidence-based medicine. *World Journal Gastroenterology Clinics of North America*, 2011, 40, 376-386.
7. Drossman D.A.: Rome IV- Functional Gastrointestinal Disorders: Disorders of Gut-Brain interaction, 4th ed. Vol. I, Raleigh NC: The Rome Foundation, Gastroenterology, 2016, 150, 1257-1261.
8. Ortiz- Lucas M., Tobias A., Saz P., Sebastian J.J.: Effect of probiotic species on irritable bowel syndrome a bring up to date. *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas*, 2013, 105, 19-36.
9. Yan Z., Lixiang L., Chuanguo G. et al.: Effects of probiotic type, dose and treatment duration on irritable bowel syndrome diagnosed on Rome III criteria: a meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 2016, 16, 62-73.
10. Ostgaard H., Hausken T., Gundersen D., El- Salhy M.: Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Molecular Medicine Reports*, 2012, 5, 1382- 1390.
11. Miwa H.: Life style in peersons with functional gastrointestinal disorders- large- scale internet survey of lifestyle in Japan. *Neurogastroenterology & Motility*, 2012, 24, 464-471.
12. McKenzie Y.A., Bowyer R.K., Leach H. et al.: British Dietetic Association systematic review and evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update). *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2016, 29, 549-575.
13. Heyes P., Corish C., O'Mahony E., Quigley E.M.: A dietary survey of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2014, 27, 36-47.
14. Heizer W.D., Southern S., McGovern S.: The role of diet in symptoms of irritable bowel syndrome in adults: a narrative review. *Journal of the American Dietetic Association*, 2009, 109, 1204-1214.
15. Food and Agriculture Organisation (FAO), Worlh Health Organisation: Fats and fatty acids in in human nutrition. Report of an expert consultation. Food and agriculture organisaton of the United States. Rome 2010, online: <http://www.fao.org/3/a-i1953e.pdf>, data pobrania: 1.08.2017.

16. Feinle- Bisset C., Azpiroz F.: Dietary lipids and functional gasrtointestinal disorders. *the American Journal of Gastroenterology*, 2013, 108, 737-747.
17. McRorie J.W.: Evidence based approach to fiber supplements and clinically meaningful health benefits, Part 1: what to look for and how to recommend an effective fiber therapy. *Nutrition Today*, 2015, 50, 82-89.
18. Bliss D.Z., Jung H.J., Savik K. et al.: Supplementation with dietary fiber improves fecal incontinence. *Nursing Research*, 2001, 43, 2696-2707.
19. Johannesson E., Ringstorm G., Abrahamsson H., Sadik R.: Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long- term positive effects. *World Journal of Gastroenterology*, 2015, 21, 600-608.
20. Halmos E.P.: When the low FODMAP diet does not work. *World Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 32, 69-72.
21. Barrett J.S., Gearry R.B., Muir J.G et al.: Dietary poorly absorbed, short-chain carbohydrates increase delivery of water and ferementable substrates to the proximal colon. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2010, 31, 874-882.
22. Halmos E.P., Power V.A., Shepherd S.J. et al.: A diet low in FODMAP's reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2014, 146, 67-75.
23. Gibson P.R.: The evidence base for efficacy of the low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: is it ready for prime time as a first- line therapy? *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 32, 32-35.
24. Chey W.D.: Food: The main course to wellness and illness in patients with irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 2016, 111, 366-371.
25. Rao S.S., Yu S., Fedewa A.: Systematic review: dietary fiber and FODMAP- restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2015, 41, 1256-1270.
26. Harvie R.M., Chisholm A.W., Bisanz J.E. et al.: Long- term irritable bowel syndrome symptom control with reintroduction of selected FODMAP's. *World Journal of Gastroenterology*, 2017, 25, 4632- 4643.
27. O'Keeffe M., Lomer M.C.E.: Who should deliver the low FODMAP diet and what educational methods are optimal: a review. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 32, 23-26.

28. Staudacher H.M.: Nutritional, microbiological and psychological implications of the low FODMAP diet. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 32, 16-19.

Szynkiewicz Ewa

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wybrane determinanty kliniczne jakości życia w astmie

Wstęp

Astma jest złożoną, wieloczynnikową chorobą dróg oddechowych. Rozwija się głównie na podłożu predyspozycji genetycznych oraz czynników środowiskowych. Przewlekły charakter schorzenia oraz uciążliwe dolegliwości nękające chorych powodują różnorodne ograniczenia w codziennej aktywności. Są przyczyną licznych absencji oraz częściowej lub całkowitej niezdolności do wykonywania pracy. Konsekwencje zdrowotne, społeczne oraz ekonomiczne wymuszają zwiększone zainteresowanie opracowaniem skutecznych metod profilaktyki oraz terapii astmy [1].

Cel pracy

Celem pracy było dokonanie oceny wybranych czynników klinicznych jakości życia chorych na astmę oskrzelową o różnym stopniu kontroli wg *GINA 2006* (Global Initiative for Astma 2006). Ocenie poddano następujące czynniki: czas trwania choroby, liczbę hospitalizacji oraz częstotliwość korzystania z pomocy doraźnej.

Material i metody

Badania prowadzono w latach 2009 – 2010 w Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr J. Bizuela w Bydgoszczy. Do badań kwalifikowano chorych, którzy mieli rozpoznaną przez lekarza alergologa astmę oskrzelową oraz wyrazili świadomą pisemną zgodę na udział w badaniu. Wyłączono z udziału w badaniu chorych w wieku poniżej 18. oraz powyżej 65. roku życia, kobiety w ciąży, pacjentów z rozpoznanymi przewlekłymi ciężkimi chorobami narządowymi lub układowymi (np.: toczeń układowy, choroba nowotworowa, niewydolność nerek, padaczka, choroba Parkinsona, reumatoidalne zapalenie stawów, niewydolność krążenia,

stwardnienie rozsiane) oraz innymi uwarunkowaniami zdrowotnymi uniemożliwiającymi świadome i samodzielne wypełnienie ankiet.

Pacjenci zostali podzieleni na grupę badaną (126) i kontrolną (86). Kryterium podziału stanowił stopień kontroli astmy według zaleceń *GINA 2006*.

Tabela I przedstawia kryteria klasyfikacji astmy kontrolowanej i niekontrolowanej w oparciu o raport *GINA 2006* [1, 2]. Zasadniczym celem terapii jest uzyskanie pełnej kontroli astmy czyli osiągnięcie najlepszego stanu klinicznego. Kontrola odnosi się do opanowania objawów choroby. Stwierdzenie ≥ 3 kryteriów astmy częściowo kontrolowanej i każdy tydzień z zaostrzeniem klasyfikowało astmę jako niekontrolowaną.

Tabela I. Stopnie kontroli astmy według *GINA 2006* [1]

KLASYFIKACJA ASTMY WEDŁUG STOPNI KONTROLI GINA			
KRYTERIUM	KONTROLOWANA (wszystkie z poniższych)	CZĘŚCIOWO KONTROLOWANA	NIEKONTROLOWANA
OBJAWY DZIENNE	Nie występują (≤ 2 /tyg.)	> 2 /tyg.	≥ 3 kryteria astmy częściowo kontrolowanej spełnione w którymkolwiek tygodniu
OGRANICZENIE AKTYWNOŚCI ŻYCIOWEJ	Nie występują	Jakiegokolwiek	
OBJAWY NOCNE, PRZEBUDZENIA	Nie występują	Jakiegokolwiek	
KONIECZNOŚĆ STOSOWANIA LEKÓW DORAŻNYCH	Nigdy (≤ 2 /tyg.)	> 2 /tyg.	
CZYNNOŚĆ PŁUC (PEF LUB FEV ₁) ^a	Prawidłowa	$< 80\%$ wn. lub wm. (jeśli jest znana)	
ZAOSTRZENIA	Nie występują	≥ 1 /rok ^b	
<p>a. Czynność płuc nie jest wiarygodnym kryterium u dzieci w wieku ≤ 5 lat. b. Po każdym zaostrzeniu powinno się niezwłocznie ocenić leczenie podtrzymujące w celu upewnienia się, czy jest wystarczające. c. Każdy tydzień z zaostrzeniem astmy uznaje się za tydzień z astmą niekontrolowaną.</p>			

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki wywiadu. Użyto kwestionariuszy: autorskiego zawierającego pytania dotyczące danych socjodemograficznych i klinicznych oraz *WHOQOL - 100* (World Health Organization Quality of Life) w polskiej wersji. Kwestionariusz *WHOQOL* służy do oceny ogólnej i globalnej jakości życia. Jest przeznaczony do badania zarówno chorych, jak i zdrowych. Struktura polskiej wersji jest identyczna z oryginalną.

Analizie statystycznej poddano wyniki ankietowania chorych na astmę w celu oceny jakości życia w porównywanych grupach oraz wykrycia ewentualnych zależności jakości życia od wybranych parametrów. Wykazano, że rozkłady jakości życia w badanych grupach nie odbiegają istotnie od normalnych, co pozwoliło na zastosowanie testów parametrycznych w celu porównania wartości średnich. W pracy zastosowano następujące metody i testy statystyczne:

1. Parametryczne testy F Snedecora i Levene'a w celu weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach. Od wyników zależy wybór odpowiedniego testu do porównania średnich.
2. Parametryczne testy w celu porównania wartości średnich w dwóch grupach. W przypadkach jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach weryfikacja hipotezy o równości średnich była dokonana za pomocą testu t Studenta. Gdy warunek ten nie był spełniony (wariancje okazały się różne), był zastosowany zmodyfikowany test Cochra - Coxa.
3. Test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA w celu weryfikacji hipotezy o równości średnich w więcej niż w dwóch grupach przy założeniu normalności rozkładów i jednakowości wariancji.
4. Nieparametryczny test Shapiro - Wilka w celu weryfikacji hipotez o normalności rozkładów badanych cech. W przypadkach, gdzie wartości obliczonej W - statystyki są większe od wartości krytycznej W_{kr} pobranej z tabeli odpowiedniego rozkładu przy poziomie istotności $p=0,05$, należało stwierdzić, że rozkłady badanych cech nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego.
5. Test z grupy post - hoc (test RIR Tukeya) oceniający różnicę między średnimi wartościami w kilku grupach.

Jako miarodajny przy weryfikacji postawionych hipotez został przyjęty poziom istotności $p=0.05$ dla którego podane wartości krytyczne. Podano także wartości p -value. Są to prawdopodobieństwa z którymi możemy popełnić błąd odrzucając hipotezę sprawdzaną i stwierdzając, że różnice w porównywanych populacjach są istotne. Przy $p<0.05$ różnica uznawana za statystycznie istotną. Analizy statystycznej wyników dokonano przy użyciu pakietu programów „Statistica” v. 9. 0.

Wyniki

Badaniem objęto 212 chorych, w tym 144 kobiet i 68 mężczyzn. W wieku 18-64 lat. Średni wiek badanej grupy wynosił $44,9\pm 12,5$ lat, w tym kobiet $43,7\pm 12,5$ lat, mężczyzn $47,4\pm 12,3$ lat. Najliczniej reprezentowane były grupy wiekowe w przedziałach 36 - 50 lat: 81 osób (38,2%) oraz 51 - 64 lat: 79 osób (37,3%). Mieszkańcy miast (158 osób - 74,5%) stanowili prawie $\frac{3}{4}$ badanej grupy. W stałym związku pozostawało 147 badanych (69,3%). Prawie połowa pacjentów posiadała wykształcenie średnie - 92 osoby (43,4%). Większość badanych miała przyznane świadczenia emerytalne lub rentowe, łącznie 115 osób (54,8%).

Grupę badaną podzielono zgodnie z obowiązującymi kryteriami stopni kontroli astmy według *GINA 2006*. Ankietowani z rozpoznaniem astmy kontrolowanej (86 osób) stanowili 40,6% badanej populacji, z astmą częściowo kontrolowaną 23,6% (50 osób), natomiast z niekontrolowaną 35,8% (76 osób). Licniejszą grupę stanowili chorzy z ponad 10 - letnim okresem trwania choroby (106 osób - 50%) oraz astmą rozpoznaną w przeciągu ostatnich pięciu lat (75 osób - 35,45%). Większość badanych (141 osób - 66,5%) od momentu rozpoznania choroby była hospitalizowana kilkakrotnie (do pięciu hospitalizacji). Konieczność częstego korzystania z pomocy doraźnej związanej z pogorszeniem stanu zdrowia (powyżej 6 wizyt) zgłaszała prawie połowa badanych (95 osób, 44,8%). Wyniki przedstawiono w Tabeli II.

Czas trwania choroby

Badani odpowiadając na pytanie związane z czasem trwania choroby zaznaczali jedną z trzech pozycji: 0 - 5 lat, 6 - 10 lat, powyżej 10 lat. W celu odpowiedzi na pytanie, czy jakość życia jest związana z czasem trwania choroby, były obliczone i porównane średnie wartości *QOL* (Quality of Life) w podgrupach o różnym czasie trwania choroby dla całej populacji i w

każdej badanej grupie. W tym celu zastosowano parametryczny test ANOVA. Średnie wartości *QOL* i wyniki testowania przedstawiono w Tabeli III.

Tabela II. Charakterystyka kliniczna grupy badanej

BADANA CECHA		N N=212	%
Stopień kontroli astmy	GRUPA 1	86	40,6
	GRUPA 2	50	23,6
	GRUPA 3	76	35,8
Czas od rozpoznania choroby w latach	0 - 5	75	35,4
	6 - 10	31	14,6
	ponad 10	106	50,0
Liczba dotychczasowych hospitalizacji (wraz z aktualną) z powodu zaostrzenia astmy	0 - 5	141	66,5
	6 - 10	23	10,9
	ponad 10	48	22,6
Korzystanie z pomocy doraźnej w ostatnim roku (liczba wizyt)	często (powyżej 6 wizyt)	95	44,8
	sporadycznie (3 - 5)	63	29,7
	okazjonalnie lub wcale (0 - 2)	52	23,6

Tabela III. Jakość życia a czas trwania choroby

CZAS TRWANIA CHOROBY	GRUPA 1 Astma kontrolowana		GRUPA 2 Astma częściowo kontrolowana		GRUPA 3 Astma niekontrolowana		WSZYSCY	
	n	średnia±SD	n	średnia±SD	n	średnia±SD	n	średnia±SD
0 - 5 lat	48	0,642±0,109	17	0,601±0,079	10	0,606±0,111	75	0,628±0,104
6 - 10 lat	14	0,626±0,115	7	0,634±0,159	10	0,614±0,075	31	0,624±0,112
powyżej 10 lat	24	0,599±0,097	26	0,562±0,113	56	0,553±0,100	106	0,566±0,103
Test ANOVA	<i>F</i>	$F=1,32 < 3,11 = F_{kr}$	$F=1,43 < 3,19 = F_{kr}$	$F=2,43 < 3,12 = F_{kr}$	$8,98 > 3,04 = F_{kr}$			
	<i>p</i>	0,27	0,25	0,09	0,0002			

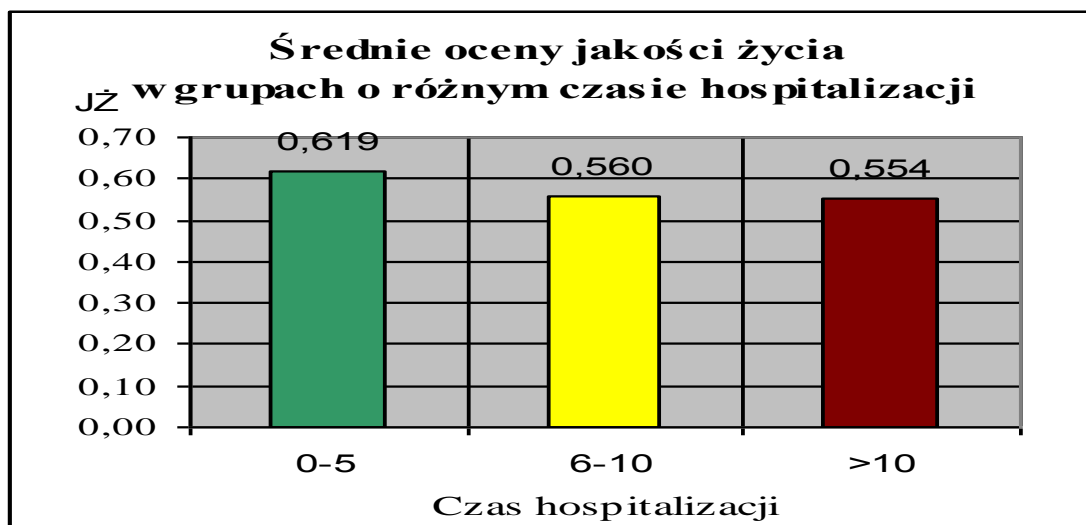
Wykryto różnicę jedynie dla całej populacji - średnia jakość życia jest istotnie większa w podgrupie z najkrótszym czasem trwania choroby w porównaniu z podgrupą z najdłuższym czasem jej trwania.

Hospitalizacje

Badana populacja została podzielona na trzy kategorie z uwzględnieniem liczby przebytych pobytów w lecznictwie zamkniętym spowodowanych zaostrzeniem choroby:

- a) 0 - 5 hospitalizacji 139 odpowiedzi,
- b) 6 - 10 hospitalizacji 24 odpowiedzi,
- c) >10 hospitalizacji 46 odpowiedzi.

Następnie porównano średnie jakości życia w poszczególnych grupach. Rozkłady dwóch grup o liczebnościach <50 nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego (test Shapiro - Wilka), nie wykazano także różnicy między wariancjami w porównywanych grupach (test Levene'a). Dlatego był zastosowany parametryczny test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, który stwierdził, że nie wszystkie średnie są równe (Rycina 1, Tabela IV).



Rycina 1. Średnie oceny jakości życia w grupach o różnej liczbie hospitalizacji

Test RIR Tukeya wykazał, że średnia jakość życia w podgrupie z krótszym czasem hospitalizacji jest istotnie większa niż w pozostałych grupach (0 - 5 a 6 - 10 $p=0,000092$; 0 - 5 a >10 $p=0,027857$; 6 - 10 a >10 $p=0,821364$).

Tabela IV. Jakość życia a hospitalizacje

JAKOŚĆ ŻYCIA A PRZEBYTE HOSPITALIZACJE	Parametry	PORÓWNYWANE GRUPY		
		0 – 5	6 - 10	>10
	<i>n</i>	139	24	46
	min	0,321	0,324	0,268
	max	0,833	0,720	0,729
	mediana	0,619	0,571	0,557
	średnia	0,619	0,560	0,554
	<i>SD</i>	0,105	0,095	0,108
Test normalności Shapiro - Wilka	W	-	0,959	0,969
	W_{kr}	-	0,916	0,945
	normalność	-	tak	tak
Test Levene'a ($F_{kr}=3,04$)	<i>F</i>	0,43		
	<i>p</i>	0,65 (<i>ns</i>)		
Test ANOVA ($F_{kr}=3,04$)	<i>F</i>	10,50		
	<i>p</i>	<0,0001		

Pomoc doraźna

Analizie poddano dane dotyczące częstotliwości korzystania przez pacjentów z pomocy doraźnej w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Badana populacja została podzielona na trzy grupy pacjentów, którzy często (powyżej 6 wizyt), sporadycznie (3 - 5 wizyt) oraz okazjonalnie lub wcale (0 - 2 wizyty) zostali zmuszeni przez chorobę do szukania pomocy w trybie nagłym. Następnie porównano średnie jakości życia w poszczególnych przedziałach. Wyniki analizy przedstawiono w Tabeli V.

Tabela V. Jakość życia a pomoc doraźna

JAKOŚĆ ŻYCIA A CZĘSTOŚĆ KORZYSTANIA Z POMOCY DORAŻNEJ	Parametry	PORÓWNYWANE GRUPY		
		często	sporadycznie	okazjonalnie
	<i>n</i>	95	63	52
	min	0,268	0,374	0,321
	max	0,833	0,782	0,803
	mediana	0,579	0,598	0,631
	średnia	0,582	0,596	0,621
	<i>SD</i>	0,115	0,098	0,108
Test ANOVA ($F_{kr}=3,04$)	<i>F</i>	2,16		
	<i>p</i>	0,12 (<i>ns</i>)		

Liczebności porównywanych grup są wystarczająco duże (>50), a więc nie trzeba było weryfikować hipotezy o normalności rozkładów i równości wariancji.

Test ANOVA nie wykazał istotnej różnicy między średnimi jakości życia w porównywanych grupach. A więc jakość życia nie jest związana z korzystaniem z pomocy doraźnej.

Dyskusja

Pomimo spektakularnego rozwoju terapii wielu schorzeń oraz wydłużenia średniego okresu życia choroby przewlekłe są jedną z głównych przyczyn zgonów w krajach rozwijających się. Generują realne problemy praktyczne w postaci:

- kosztów związanych z udzielaną specjalistyczną opieką medyczną;
- rosnącego zakresu i poziomu świadczeń w obszarze zabezpieczenia społecznego;
- dyskomfortu fizycznego i psychicznego chorego w wyniku doznawanego bólu i cierpienia oraz postępującego ograniczenia lub utraty funkcji życiowych [3].

Na jakość życia w chorobach przewlekłych duży wpływ ma różnego rodzaju rehabilitacja medyczna, zawodowa oraz psychospołeczna. Uzyskanie optymalnych efektów zależne jest od kilku czynników, czyli holistycznego podejścia do diagnozy i terapii.

Ostrzyżek zalicza do nich [3]:

- rodzaj schorzenia, zastosowaną terapię;
- czas trwania choroby;
- odporność oraz indywidualne predyspozycje psychofizyczne;
- wiek chorego;
- zdolność do samo opieki;
- zasoby pieniężne oraz uzyskiwane wsparcie [4, 5].

Astma jest schorzeniem, które w istotny sposób wpływa na QOL, ograniczając w różnym stopniu działalność chorych pod względem fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Stopień ciężkości przebiegu choroby wzmacnia negatywne emocje chorego, wpływa na sposób patrzenia na świat i funkcjonowanie społeczno - rodzinne. W okresach zaostrzenia (z powodu nasilonego kaszlu, duszności, częstego odpluwania płwociny oraz złej tolerancji wysiłku) ogranicza aktywność życiową chorego. Doznaniem tym często towarzyszy niepokój, przygnębienie oraz depresja. Choroba może stanowić przeszkodę w realizacji życiowych dążeń, a także przyczyniać się do obniżenia pozycji społecznej poprzez konieczność rezygnacji z niektórych celów życiowych (np.: wybór profesji, rozwój zawodowy, przejście na rentę, wcześniejszą emeryturę) [6]. Schorzenia przewlekłe obniżają samopoczucie i wywołują negatywne emocje w większości bardzo charakterystyczne dla poszczególnych chorób. Zdaniem Doboszyńskiej i Brzostek postawa chorego wobec astmy oskrzelowej praktycznie nie ulega zmianie podczas całego życia [7].

W krajach rozwiniętych leczenie astmy pochłania 1 - 2% rzeczywistych nakładów na opiekę zdrowotną. Ma to ważne implikacje społeczne i ekonomiczne [8]. Terapia astmy stanowi istotny problem zdrowotny oraz generuje rosnące koszty bezpośrednio i pośrednio [9], zależne od ciężkości choroby, wieku oraz schorzeń współistniejących [10]. Niedodiagnozowanie lub nieprzestrzeganie zaleceń (z różnych powodów) przyczynia się do zaostrzenia schorzenia, skutkuje zwiększoną koniecznością korzystania z pomocy medycznej [8]. Właściwe rozpoznanie choroby oraz wdrożenie efektywnego leczenia pozwala zmniejszyć poniesione nakłady zarówno finansowe, jak i zdrowotne [11].

Związek schorzenia z cywilizacyjnym rozwojem społeczeństw jest niezaprzeczalny. Astma jest w wielu krajach jedną z częstszych przyczyn hospitalizacji [8]. W Polsce w 2006 roku około 56 tysięcy hospitalizacji było spowodowanych omawianym schorzeniem. Wśród

chorych aż 5 tysięcy znajdowało się w stanie astmatycznym - sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Średni czas hospitalizacji w omawianych przypadkach wynosił około 8 dni [8].

Badanie Tenor [cyt. za 12] przeprowadzone w 2004 roku w Stanach Zjednoczonych porównywało 566 osób w podeszłym wieku (≤ 65 lat) z 2912 młodszymi pacjentami w przedziale wiekowym od 18-go do 64-go roku życia. Okazało się, że starsi pacjenci pomimo niższych wyników FEV₁ rzadziej korzystali z pomocy doraźnej, steroidowych serii leków oraz nieplanowanych wizyt lekarskich w poprzednich trzech miesiącach w porównaniu z młodszymi astmatykami. Używanie wziewnych kortykosteroidów oraz poziom postrzegania jakości życia były podobne pomiędzy grupami.

Odmienne wyniki prezentuje Hans - Wytrychowska i wsp. [13] w przeprowadzonych przez nią badaniach - emeryci (9,1% badanych) mieli istotnie statystycznie najwięcej ciężkich zaostrzeń astmy rocznie ($p=0,001$) w porównaniu z rencistami (20,7%) oraz osobami pracującymi. Sozańska i wsp. [14] wskazuje płeć, jako czynnik mający niezaprzeczalny wpływ na częstotliwość i przebieg hospitalizacji. Różnice płci są widoczne w badaniach oceniających częstość hospitalizacji z powodu astmy oskrzelowej w proporcji kobiety vs. mężczyźni 3 vs. 1. Także czas trwania hospitalizacji spowodowany zaostrzeniem choroby jest dłuższy u kobiet [15].

W przeprowadzonych badaniach własnych średnia QOL jest istotnie wyższa w podgrupie z najkrótszym czasem trwania choroby ($p<0,0002$) w porównaniu z podgrupą z najdłuższym czasem trwania. Średnia jakość życia w podgrupie z najmniejszą liczbą hospitalizacji jest istotnie większa niż w pozostałych grupach ($p<0,0001$; 0 - 5 hospitalizacji a 6 - 10 hospitalizacji $p=0,000092$; 0 - 5 hospitalizacji a >10 hospitalizacji $p=0,027857$; 6 - 10 hospitalizacji a >10 hospitalizacji $p=0,821364$). W badaniach własnych wykazano, że jakość życia nie jest związana z korzystaniem z pomocy doraźnej.

Znajduje to częściowe potwierdzenie w badaniach Wang i wsp. [16], gdzie przebyte hospitalizacje są czynnikami mającymi wpływ na niższą samoocenę QOL. Natomiast czas trwania schorzenia oraz częstotliwość korzystania z pomocy doraźnej wyraźnie nie mają związku z jej obniżeniem. W badaniach Laforesta i wsp. [17] niższe wyniki QOL uzyskały osoby, które doświadczyły co najmniej 5 ataków astmy oraz licznych wizyt w jednostkach medycznych w ostatnich 12 miesiącach. Zdaniem Sidana i wsp. [18] znaczący negatywny wpływ na jakość życia chorych mają przebyte w poprzednim roku ataki astmy, hospitalizacje

oraz FEV₁. Chełmińska i wsp. [19] wskazują na starszy wiek badanych (p=0,01) oraz czas trwania schorzenia (p=0,003) jako czynniki istotnie związane z cięższą postacią choroby. W omawianych badaniach średnia wieku chorych z astmą łagodną i umiarkowaną wynosiła odpowiednio 29 i 31 lat. Natomiast średnia wieku chorych na ciężką postać astmy to 43 lata. Chorzy z cięższą postacią schorzenia chorowali znamienne dłużej (astma łagodna średni czas trwania choroby - 7 lat, umiarkowana - 9, ciężka - 21).

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Ograniczenia spowodowane chorobą w postaci zwiększonej częstotliwości korzystania z pomocy doraźnej nie wpływają na postrzeganie jakości życia przez chorych.
2. Jakość życia chorych zależna jest od czasu trwania choroby oraz przebytych hospitalizacji spowodowanych zaostrzeniem schorzenia.

Piśmiennictwo

1. Gina 2006 - Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Aktualizacja 2006, Medycyna Praktyczna, 2007, Wyd. Specj., 1.
2. Kuna P., Kupryś - Lipińska I.: Astma u dorosłych [w:] Alergia, choroby alergiczne, astma, Fal A. M. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 277 – 317.
3. Ostrzyżek A.: Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89, 4, 467 – 470.
4. Hołub G.: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. Medycyna Praktyczna, 2007, 2, 165-168.
5. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D.: Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiadomości Lekarskie, 2007, 5 - 6, 224 – 227.
6. Lewandowska K., Kuziemski K., Górka L. i wsp.: Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową. Polska Medycyna Paliatywna, 2006, 5, 2, 71 – 75.
7. Doboszyńska A.: Leczenie astmy oskrzelowej. Pacjent - stale najsłabsze ogniwo? Alergia, 2007, 3, 33, 21 – 24.
8. Kowalski M., Jędrzejczak M., Cirlic M.: Efektywność leczenia astmy oskrzelowej w Polsce w ocenie pacjentów - wyniki badania AIRCEE (Astma Insights & Realisty in Central and Eastern Europe). Alergia Astma Immunologia, 2004, 9, 4, 187 – 195.

9. Kupczyk M., Kuna P.: Program wczesnej diagnostyki i terapii astmy oskrzelowej w Finlandii. *Terapia*, 2009, 3, 17 – 19.
10. Bahadori K., Doyle - Waters M.M., Marla C. et al.: Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulmonology Medicine*, 2009, 9, 24.
11. Lindberg M., Ahlner J., Ekström T. et al.: Asthma nurse practice improves outcomes and reduces cost in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, 16, 73 – 78.
12. Slavin R.G., Haselkorn T., Zayed H. et al.: Asthma in the Ederly: Results From TENOR. *Journal of Allergy Clinical Immunology*, 2004, 113, 2, 80.
13. Hans - Wytrychowska A., Kurpas D., Sapilak B.J.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na stopień kontroli astmy oskrzelowej i ocenę jakości życia związanej ze zdrowiem (HRQoL) - badania własne. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2010, 12, 2, 202 – 206.
14. Sozańska B., Nowak A., Boznański A.: Płeć a choroby alergiczne. *Alergia Astma Immunologia*, 2006, 11, 3, 133 – 136.
15. Kynyk J.A., Mastronarde J.G., Mc Callister J.W.: Astma the sex difference. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 2011, 17, 1, 6 – 11.
16. Wang K.Y., Wu C.P., Tang Y.Y., Yang M.L.: Health - related quality of life in Taiwanese patients with bronchial asthma. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2004, 103, 3, 205 – 211.
17. Laforest L., Pacheco Y., Bartsch P. et al.: Correlates of quality of life in patients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 2005, 94, 4, 473 – 479.
18. Sidana A., Singh D., Mohan A., Guleria R.: Quality of life and autonomy preferences in stable asthmatics: a developing country scenario. *Respirology*, 2009, 14, 1, 83 – 89.
19. Chełmińska M., Werachowska L., Niedożytko M. i wsp.: Jakość życia chorych na astmę dobrze i źle kontrolowaną. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2007, 75, 70 – 75.

**Zieniewska Izabela¹, Keller Artur¹, Siwek Paulina¹, Koziara Katarzyna¹,
Borys Jan², Maciejczyk Mateusz³, Zalewska Anna⁴**

1. Interdyscyplinarne Koło Naukowe „Biochemii Stomatologicznej” przy Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Klinika Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej i Plastycznej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Fizjologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Zakład Stomatologii Zachowawczej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia pacjentów z nowotworami głowy i szyi

Wprowadzenie

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe ciągle wzrasta. W 2010 roku w Polsce odnotowano aż 140,5 tys. przypadków zachorowań na choroby nowotworowe, z czego połowa przypadków dotyczyła kobiet, a druga połowa mężczyzn [1]. Uważa się, że mężczyźni najczęściej zapadają na nowotwór płuc, który stanowi aż 20% wszystkich nowotworów tej płci. U kobiet natomiast najczęściej występuje rak piersi, stanowiący ok. 20% wszystkich nowotworów u kobiet [1]. Badania donoszą, że zachorowalność na nowotwory złośliwe jest ściśle związana z wiekiem – odnotowano, że choroby nowotworowe najczęściej dotyczą osoby po 60 roku życia [1].

Zawierające dużą ilość struktur niezwykle ważnych dla życia i zdrowia człowieka, głowa i szyja (GiS) stanowią częste miejsca występowania nowotworów łagodnych, półzłośliwych, a także złośliwych. Z ostatnich doniesień wynika, iż nowotwory głowy i szyi stanowią minimum 5% wszystkich nowotworów złośliwych w Polsce [2]. Na świecie nowotwory GiS stanowią natomiast szóste miejsce pod względem częstości występowania [3] – co roku na całym świecie diagnozuje się aż 640 000 nowotworów głowy i szyi jako tzw. „nowotwory pierwotne” (ogniska nowotworu, które pojawiły się jako pierwsze w danym organizmie), przy czym ponad 350 000 chorych z GiS umiera, pomimo rozpoczętego leczenia

onkologicznego [4]. Istnieją dowody, iż częstość występowania nowotworów głowy i szyi wzrasta wraz z wiekiem [5].

Nowotwory głowy i szyi obejmują nowotwory znajdujące się w górnej części układu pokarmowego i oddechowego, czyli w obrębie jamy ustnej, języka, zatok przynosowych, warg, gardła, krtani, gruczołów ślinowych, uszu oraz tarczycy [6]. W obrębie głowy i szyi spotkać możemy również nowotwory zębopochodne oraz nowotwory węzłów chłonnych [6, 7]. Zdecydowana większość chorób nowotworowych GiS to raki płaskonabłonkowe stanowiące około 90% wszystkich nowotworów tej okolicy [8]. Uważa się, iż głównymi czynnikami ryzyka nowotworów głowy i szyi jest dym papierosowy, alkohol oraz przewlekłe drażnienie mechaniczne błon śluzowych [6]. Czynniki te nie tylko znacząco zwiększają ryzyko zachorowania, ale w przypadku wystąpienia choroby nowotworowej znacznie obniżają wskaźnik rocznego i kilkuletniego przeżycia [5]. Z innych czynników wyróżnić można złą higienę jamy ustnej, niedobory pokarmowe, narażenie na niektóre substancje chemiczne oraz infekcje wirusowe, zwłaszcza wirusem HPV (ang. *Human Papilloma Virus*) [6]. Z ostatnich badań wynika, iż HPV jest główną przyczyną raka płaskonabłonkowego krtani [9]. Na nowotwory związane z HPV narażone są najczęściej osoby młode, co bezpośrednio przekłada się na wyższy wskaźnik przeżycia osób chorych na ten typ nowotworu [9].

Palenie tytoniu jest jedną z głównych determinant warunkujących zachorowalność na raka krtani. Wykazano, że znaczna większość chorych na raka krtani to palacze, a połączenie palenia i spożywania alkoholu zwiększa ryzyko wystąpienia raka aż o 330 razy (przy czym samo palenie zwiększa ryzyko jedynie 30-krotnie, a sam alkohol tylko 10-krotnie) [10]. Współistnienie różnych czynników ryzyka znacząco zwiększa więc częstość wystąpienia choroby nowotworowej. Dowiedziono także, iż w dymie tytoniowym spośród ponad 4 tys. różnych substancji organicznych i nieorganicznych, aż 60 z nich wykazuje działanie mutagenne. Substancje te oddziałują na DNA komórek oraz uszkodzają gen p53, który spełnia ważną rolę w regulacji cyklu komórkowego, apoptozy (zaprogramowanej śmierci komórek) oraz stanowi istotny komórkowy czynnik transkrypcyjny [10]. Uszkodzenie genu p53 uniemożliwia zachowanie równowagi między powstawaniem a śmiercią komórek, co prowadzi do procesu nowotworowego. Palenie papierosów wpływa również na wystąpienie chorób współistniejących, takich jak: choroby płuc, zapalenie trzustki, marskość wątroby,

a także predysponuje do wystąpienia innych pierwotnych nowotworów – najczęściej płuc [11]. Choroby te przyczyniają się do jeszcze większego pogorszenia stanu pacjenta [11].

Rozwinięcie

Systemy klasyfikacji chorób nowotworowych w obrębie głowy i szyi

Istnieje wiele, różnorodnych systemów klasyfikacji nowotworów GiS. Najbardziej znaną i najczęściej wykorzystywaną przez klinicystów na całym świecie jest klasyfikacja nowotworów złośliwych TNM (T – *tumor*, oznacza guz pierwotny; N – *nodus*, przerzuty w węzłach chłonnych; M – *metastases*, przerzuty odległe). Ocena zaawansowania nowotworu w klasyfikacji TNM polega na ocenie wielkości guza pierwotnego, stwierdzeniu obecności przerzutów w węzłach chłonnych oraz przerzutów odległych (Tabela I). Pozwala ona na ustalenie planu leczenia, oceny rokowania, a także na porównanie wyników leczenia onkologicznego [12].

Inna klasyfikacja, pozwala na ocenę histopatologiczną stopnia zróżnicowania raka [13]. G (*grade*), jako stopień złośliwości określamy za pomocą czterech cyfr: G1 – rak dobrze zróżnicowany, G2 – zróżnicowanie średniego stopnia, G3 – rak niskozróżnicowany oraz G4 – rak niezróżnicowany. Symbolem Gx oznaczamy raka, którego stopień zróżnicowania nie jest możliwy do oceny. Niższy stopień zróżnicowania oznacza większą złośliwość, ale też i większą czułość na leczenie (chemioterapię i radioterapię). Dzięki klasyfikacji *grade* możemy wybrać odpowiednią metodę leczenia oraz określić jakie jest rokowanie danego pacjenta [13].

Kolejną klasyfikacją jest podział Hansemanna – Brodersa, który określa stosunek komórek dojrzałych do niedojrzałych w obrębie tkanki nowotworowej. Wyróżniamy w niej 4 stopnie: I – 75% kom. dojrzałych, II – 50-75% kom. dojrzałych, III – 25-50% kom. dojrzałych oraz IV – 0-25% kom. dojrzałych [14].

Tabela I. Klasyfikacja TNM [12, 15]

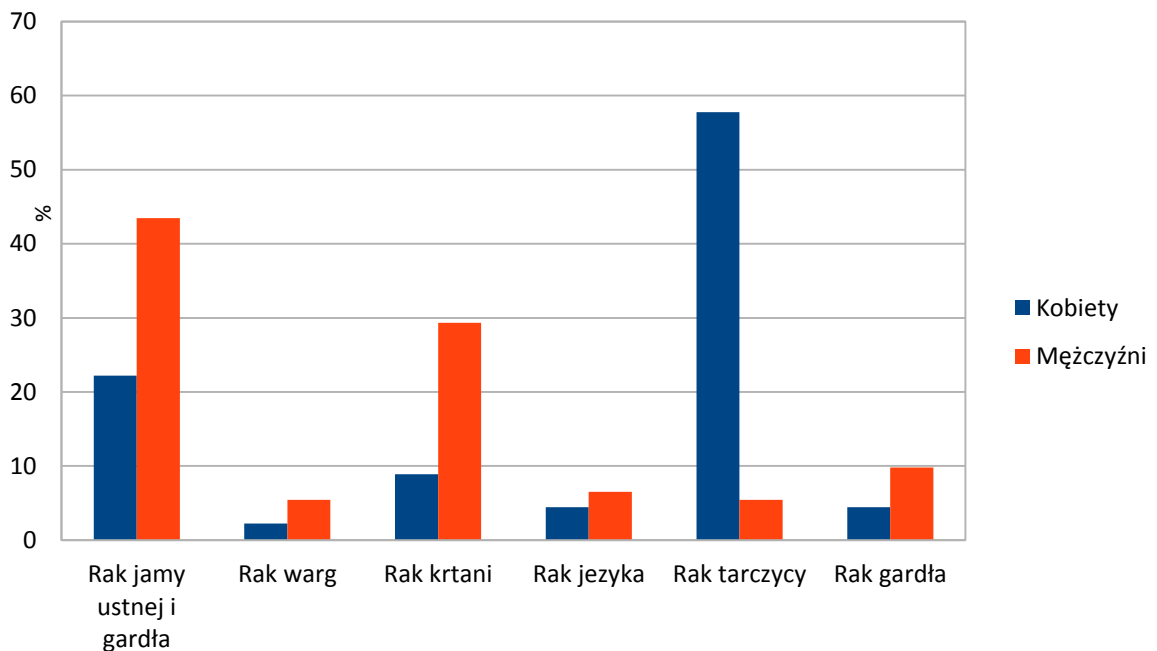
T – guz pierwotny	
Tx	Nie można ocenić guza pierwotnego
T0	Brak klinicznych objawów guza
Tis	Rak in situ
T1	Guz pierwotny do 2 cm w maksymalnym wymiarze
T2	Guz pierwotny 2-4 cm w maksymalnym wymiarze
T3	Guz pierwotny powyżej 4 cm w maksymalnym wymiarze
N – węzły chłonne szyi	
Nx	Ocena węzłów chłonnych nie jest możliwa
N0	Brak przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych
N1	Przerzutowo zmienione pojedyncze węzły chłonne po stronie guza o średnicy do 3 cm w maksymalnym wymiarze
N2a	Przerzut w pojedynczym węźle chłonnym po stronie guza o średnicy 3-6 cm w maksymalnym wymiarze
N2b	Przerzut w licznych węzłach po stronie guza o średnicy nie przekraczającej 6 cm
N2c	Przerzut w węzłach chłonnych obustronnie/jednostronnie, ale po stronie przeciwnej do guza, żaden z nich nie przekracza 6 cm
N3	Przerzuty przekraczające 6cm w największym wymiarze
M – przerzuty odległe	
Mx	Ocena przerzutów jest niemożliwa
M0	Brak przerzutów odległych
M1	Obecne przerzuty odległe

Rokowanie

Od około pięćdziesięciu lat w Polsce rejestruje się stale rosnącą liczbę zgonów z powodu nowotworów złośliwych [1]. W 2013 odnotowano aż 94 000 zgonów z powodu nowotworu złośliwego (około 52 000 zgonów dotyczyło mężczyzn, a około 42 000 - kobiet) [1]. Dla porównania liczba ta w roku 1965 wynosiła 39 000 zgonów. W literaturze brak jest jednak szczegółowych danych na temat zgonów z powodów nowotworów GiS.

Uważa się, że rokowanie pacjentów z nowotworami GiS ściśle zależy od typu nowotworu (TNM), jego lokalizacji, a także od stopnia złośliwości raka. Nowotwór, który rozwija się wolniej (np. rak wargi) stwarza możliwość wczesnego wykrycia i szybkiego podjęcia leczenia, co czyni go lepiej rokującym. Przykładowo, na raka wargi w ostatnich

latach zachorowało w Polsce około 400 osób, z czego odnotowano tylko 100 zgonów [15]. Nowotwór rozwijający się szybciej oraz dający wczesne przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych (np. rak jamy ustnej, rak ustnej części gardła, rak krtani) trudniej jest rozpoznać, przez co wykrywany jest on zwykle już w wysokim stopniu zaawansowania. W ciągu ostatnich lat odnotowano około 1100 zachorowań na raka jamy ustnej, z czego aż 700 chorych nie przeżyło kolejnych 5 lat [1, 15]. Częstość występowania poszczególnych nowotworów GiS w populacji kobiet i mężczyzn w Polsce przedstawiono na Rycinie 1.



Rycina 1. Częstość zachorowania na nowotwory głowy i szyi w Polsce w populacji kobiet i mężczyzn. Dane z 2010 roku [1]

Diagnostyka chorób nowotworowych głowy i szyi

W przypadku nowotworów złośliwych głowy i szyi niezwykle ważna jest ich wczesna diagnostyka, umożliwiająca wdrożenie jak najszybszego leczenia [16]. Dlatego też kluczową rolę w wykrywaniu nowotworów GiS przypisuje się lekarzom pierwszego kontaktu oraz lekarzom stomatologom. Przy każdej wizycie, zgodnie z zasadą czujności onkologicznej, lekarz powinien dokonać badania ogólnomedycznego czy ogólnostomatologicznego, zwracając szczególną uwagę na pacjentów z grup podwyższonego ryzyka, takich jak palacze, alkoholicy oraz pacjenci ze złą higieną jamy ustnej. Lekarz zobligowany jest do wykonania

na każdej wizycie dokładnego wywiadu chorobowego (szczegółowego na pierwszej wizycie oraz uzupełniającego na każdej kolejnej). Powinien on także zwrócić uwagę na wszystkie skargi pacjenta oraz inne niepokojące objawy miejscowe, takie jak: ból gardła, chrypka oraz problemy z przełykaniem, które przez dłuższy czas nie ustępują [15, 16]. Kolejną bardzo ważną czynnością jest zbadanie okolicznych węzłów chłonnych. Nowotworowe węzły chłonne są powiększone, twarde, nieprzesuwalne względem podłoża oraz mają pakietową strukturę. W przypadku raków jamy ustnej bardzo często możemy spotkać się z asymetrycznie powiększonymi węzłami chłonnymi. W badaniu stomatologicznym należy zwrócić uwagę czy na błonie śluzowej jamy ustnej nie są widoczne twarde wygórowania oraz owrzodzenia. Każda zmiana nie poddająca się 2-tygodniowemu leczeniu powinna być wskazaniem do dalszej diagnostyki. Podczas badania warto także zwrócić uwagę na ruchomość języka w celu wykluczenia nowotworów lokalizujących się na dnie jamy ustnej. W momencie stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości należy skierować pacjenta na dalsze badania do lekarza specjalisty (onkologa, chirurga szczękowo-twarzowego). Pacjenta należy skonsultować także z laryngologiem (głównie przy podejrzeniu raka krtani) oraz wykonać niezbędne badania tj. tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny. Aby postawić ostateczną diagnozę należy wykonać także badanie histopatologiczne [1, 15, 16].

Leczenie chorób nowotworowych głowy i szyi

Leczenie nowotworów głowy i szyi obejmuje najczęściej leczenie chirurgiczne, a w przypadku nowotworów złośliwych także radioterapię, rzadziej chemioterapię [15, 16]. Wybór metody leczenia, poza czynnikami takimi jak: rodzaj nowotworu, jego zróżnicowanie histopatologiczne, stopień zaawansowania klinicznego guza oraz jego umiejscowienie, często podyktowany jest również analizą stosunku korzyści jakie niesie za sobą leczenie do skutków ubocznych danej metody dla danego pacjenta [15]. W przypadku nowotworów GiS szczególnie często stosuje się leczenie chirurgiczne [6, 7]. W chirurgii GiS bardzo ważne jest oszczędne traktowanie okolicznych struktur dla zachowania ich ważnych funkcji fizjologicznych. Mimo to leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych, najczęściej w tej lokalizacji raków płaskonabłonkowych wymaga radykalnego usunięcia guza wraz z marginesem zdrowych tkanek wynoszącym ok. 1-2 cm wraz z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych szyi oraz rekonstrukcją zresekowanych tkanek.

Dodatkową radio- bądź chemioterapię stosuje się zwykle w przypadku stwierdzonych w badaniu histopatologicznym przerzutów do okolicznych węzłów chłonnych, wystąpienia nacieku okołonерwowego, nacieku naczyń krwionośnych oraz zatorów z komórek nowotworowych, a także stwierdzenia znacznych rozmiarów guza T₃₋₄ [7, 15]. Radioterapia polega na wykorzystaniu promieniowania jonizującego do leczenia nowotworów GiS. Najczęściej stosowaną metodą radioterapii jest radioterapia frakcjonowana konwencjonalna, która polega na podawaniu jednorazowej dawki frakcyjnej wynoszącej 1,8 do 2,0 Gy dziennie przed pięć dni w tygodniu. Całkowita dawka podana pacjentowi w tej metodzie wynosi od 70 do 72 Gy [15]. Chemioterapia stosowana jest zazwyczaj jako uzupełnienie pozostałych metod leczenia nowotworu. Chemioterapię stosuje się zazwyczaj, gdy wcześniejszą metodą leczenia była resekcja oraz u chorego występują mnogie przerzuty do węzłów chłonnych lub przerzuty odległe, a także w przypadku leczenia paliatywnego. Substancją stosowaną w chemioterapii jest najczęściej cisplatyna podawana w dawce 100 mg/m² powierzchni ciała [15].

Jakość życia chorych z nowotworami głowy i szyi

Nowotwory głowy i szyi znacząco obniżają jakość życia pacjentów i ich rodzin [6]. Uważa się, że w przebiegu nowotworów GiS nie tylko zdrowie fizyczne, ale także kondycja psychiczna ulega pogorszeniu, wpływając negatywnie na komfort życia pacjenta zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu leczenia onkologicznego. W dostępnej literaturze znaleźć można dużą liczbę badań oceniających jakość życia pacjentów z nowotworami w obrębie głowy i szyi. Wciąż jednak brakuje prac, które porównują jakość życia chorych z różnym stopniem zaawansowania klinicznego nowotworów GiS [11]. Wydaje się bowiem, że czynniki takie jak wielkość guza pierwotnego (T), stadium choroby oraz metoda leczenia mają duży wpływ na zmiany jakości życia pacjentów [11].

Ocena jakości oraz komfortu życia chorego jest niezwykle trudna. Opiera się ona na subiektywnych odczuciach pacjenta, a na jej wartość wpływają takie czynniki jak: zeszpecenie spowodowane guzem lub okaleczeniem twarzy i zaburzeniem funkcji poszczególnych narządów w tym obszarze po jego usunięciu oraz ból związany z chorobą nowotworową. Ponadto istotny jest status społeczny i materialny, miejsce zamieszkania pacjenta oraz wiele innych czynników osobniczych [17]. Do tej pory nie powstała żadna ilościowa, obiektywna metoda oceny jakości życia pacjenta.

Bardzo ważnym czynnikiem powodującym obniżenie jakości życia u chorych z nowotworami GiS jest ból. Badania donoszą, iż ze wszystkich nowotworów złośliwych to właśnie nowotworem GiS najczęściej towarzyszy ból o silnym i umiarkowanym nasileniu [18]. Ból pojawiający się u osób z nowotworami GiS klasyfikuje się na trzy rodzaje: pierwszy z nich – ból związany ze wzrostem guza, drugi – ból spowodowany leczeniem oraz trzeci – ból niezwiązany z obecnością nowotworu [18]. Bliskość wielu ważnych struktur anatomicznych oraz bogatego unerwienia głowy i szyi tłumaczy, dlaczego w obrębie nowotworów GiS ból pojawia się najczęściej [18]. Ocena bólu u osób będących jeszcze przed rozpoczęciem leczenia ujawniła, iż nasilenie bólu jest w ścisłej relacji ze stopniem zaawansowania klinicznego nowotworu. Jak wykazano w badaniach klinicznych, wczesnemu stadium raka towarzyszy mniejszy ból, zaś w zaawansowanej chorobie nowotworowej – ból większy [18].

W przeprowadzonych dotychczas badaniach wykazano, że u pacjentów z nowotworami GiS stwierdza się znacznie wyższy poziom stresu aniżeli u pacjentów chorujących na inny typ nowotworu [5]. Duża część chorych nie może bowiem pogodzić się z utratą dawnego wizerunku zewnętrznego. Często dochodzi także do izolacji społecznej pacjentów, którzy niejednokrotnie unikają jakichkolwiek kontaktów z drugim człowiekiem [4]. Wykazano, iż pacjenci z nowotworami GiS są również bardziej podatni na depresję [5]. Odsetek pacjentów z depresją wynosi w tej grupie chorych od 13 do 57% [5]. Szczególnie często depresja pojawia się u osób leczonych chirurgicznie [5], co najczęściej wiąże się z brakiem akceptacji zmian jakie zaszły w jamie ustnej i w wyglądzie twarzy na skutek zabiegu chirurgicznego. Pacjenci z nowotworami dziąsła dolnego oraz dna jamy ustnej są często poddawani resekcji żuchwy, w związku z czym upośledzona zostaje czynność żucia, połykania, mowy oraz może pojawić się wyciek śliny na zewnątrz jamy ustnej. Znacznemu pogorszeniu ulega także wygląd twarzy pacjenta [4]. Istnieje jednak wiele badań, które dowodzą, iż jakość życia tych chorych może ulec poprawie na skutek regularnej aktywności fizycznej [6]. U pacjentów z nowotworami GiS zaleca się wykonywanie ćwiczeń fizycznych o małej intensywności, stopniowo zwiększając aktywność ruchową do 30 minut przez 5 dni w tygodniu. Udowodniono, że taka aktywność poprawia nie tylko siłę mięśni, ale również znacząco zmniejsza mdłości i uczucie zmęczenia, co wpływa na poprawę komfortu i jakości chorych [6].

Wykazano znaczące zwiększenie liczby samobójstw u chorych z nowotworami w obrębie głowy i szyi w porównaniu do osób z innymi nowotworami [4]. Wykazano, że u większości chorych zarówno choroba nowotworowa, jak i długotrwałe leczenie onkologiczne powodują stałe zmęczenie, niepokój, które nie rzadko towarzyszą pacjentowi do końca życia. Odpowiedzią na przewlekły stres jest u dużej części pacjentów także wyczerpanie nerwowe [5] prowadzące do zaburzeń psychicznych, które pociągają za sobą zmiany psychosomatyczne w całym organizmie.

Pacjenci z nowotworami złośliwymi GiS narażeni są na szereg efektów ubocznych jakie niesie za sobą prowadzone leczenie onkologiczne. Działania niepożądane terapii farmakologicznej, radioterapii oraz leczenia chirurgicznego nowotworów GiS są nierzadko przyczyną upośledzenia funkcji fizycznych, emocjonalnych oraz psychicznych organizmu, co wpływa na ogólne pogorszenie jakości życia pacjentów [6]. Pacjenci po przebytym leczeniu chirurgicznym najczęściej uskarżają się na zmianę wyglądu, dysfagię oraz zaburzenie funkcji mowy [7]. Pacjenci, u których dodatkowo zastosowano radioterapię zgłaszali także suchość w obrębie jamy ustnej (kserostomia), dysfagię (utrudnione połykanie), zaburzenia odczuwania smaku, zwiększoną zachorowalność na próchnicę a także martwicę kości [7]. Badania ankietowe wśród chorych wyleczonych z powodu nowotworów złośliwych GiS wykazały, iż po 5 latach od zakończenia leczenia pacjenci obserwują poprawę jakości snu, zmniejszenie nasilenia bólu oraz ogólną poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego. Przez cały czas u tych pacjentów stwierdzano jednak kserostomię oraz zaburzenia odczuwania zapachu i smaku, co istotnie pogłębiało się wraz z upływem czasu [19].

Większość pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym, przez całe swoje życie żyje w ciągłej obawie wystąpienia wznowy choroby nowotworowej. Powoduje to uogólniony stres oraz zaburzenia psychosomatyczne, co przekłada się na spadek ogólnie rozumianej jakości życia. Po zakończonym leczeniu zaleca się więc stosowanie zabiegów rehabilitacyjnych, w tym także terapii psychologicznej. Odnotowuje się wzrost jakości życia społecznego u pacjentów otrzymujących zabiegi rehabilitacyjne narządu żucia w porównaniu do pacjentów, którzy nie zostali poddani tym zabiegom [4].

Już przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego pacjenci z nowotworami GiS uskarżają się na zaburzenia połykania, kserostomię, lepłą konsystencję śliny oraz problemy z rozwarciem ust [4]. Nie dziwi więc fakt, że w tej grupie chorych dosyć często możemy spotkać się z niedożywieniem [20]. Bardzo ważne jest więc regularne sprawdzanie wagi ciała

pacjenta nie tylko w trakcie, ale również po zakończonym leczeniu onkologicznym [20]. Należy także pamiętać, że używki takie jak papierosy czy alkohol, będące głównymi czynnikami ryzyka wystąpienia, jak i nawrotu nowotworów GiS, dodatkowo pogłębiają utratę masy ciała, a tym samym powodują zmniejszenie BMI pacjenta [19]. Niezwykle ważne jest więc odstawienie używek i prowadzenie zdrowego trybu życia [21]. W przypadku wystąpienia niedożywienia warto rozważyć zastosowanie sondy żołądkowej lub gastrostomii, ponieważ jak wykazały badania, niedożywienie utrudnia leczenie nowotworów GiS [20]. Metoda ta nie jest jednak pozbawiona skutków ubocznych. Do obserwowanych u chorych z nowotworami GiS powikłań po zastosowaniu sondy żołądkowej zaliczamy: mdłości, ból wokół sondy (pojawiający się zwłaszcza na początku stosowania), krwawienia, zakażenie rany, perforacje żołądka i przełyku, a także zapalenie otrzewnej. Pacjenci zgłaszali także problemy ze snem, niepokój oraz dyskomfort związany z użytkowaniem sondy, co utrudniało życie i zmuszało ich do pozostania w domu.

Podsumowanie

W Polsce aż 5% wszystkich nowotworów złośliwych to nowotwory w obszarze głowy i szyi (GiS) [2]. Specyfika występowania tych nowotworów, jak również obecność licznych struktur anatomicznych w obrębie GiS czyni te nowotwory niezwykle ciężkimi, nieraz o bardzo złym rokowaniu [7]. Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, iż nowotwory głowy i szyi istotnie pogarszają jakość życia pacjentów i ich rodzin. Chorzy z nowotworami GiS uskarżają się na problemy z mową, oddychaniem, połykaniem, a także spadkiem ogólnej kondycji fizycznej oraz psychicznej [4, 5, 6]. Ponadto, od momentu postawienia diagnozy pacjenci z nowotworami GiS żyją w ciągłym stresie, nie rzadko izolując się od reszty społeczeństwa. Stałe narażenie na stres oraz przemęczenie związane z chorobą i jej leczeniem istotnie zwiększa częstość wystąpienia depresji, a także odsetek samobójstw u tej grupy chorych [5]. Nowotwory GiS odpowiadają także za niedożywienie, długotrwały ból i cierpienie [4, 20], co istotnie obniża komfort życia pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U.: Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/k/epidemiologia/> dostęp z dnia 07/08/2017.
2. Rusin P., Markiewicz Ł., Majsterek I.: Uwarunkowania genetyczne nowotworów głowy i szyi. *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2008, 62, 490–501.
3. Ziółkowska E., Biedka M.: Odczyn popromienny u chorych na raka regionu głowy i szyi: mechanizmy i konsekwencje. *Otolaryngologia*, 2011, 10, 147-153.
4. Nagy J., Braunitzer G., Antal M. et al.: Quality of life in head and neck cancer patients after tumor therapy and subsequent rehabilitation: an exploratory study. *Quality of Life Research*, 2014, 23, 135-143.
5. Morris N., Moghaddam N., Tickle A., Biswas S.: The relationship between coping style and psychological distress in people with head and neck cancer: a systematic review. *Psychooncology*, 2017, doi: 10.1002/pon.4509.
6. Sammut L., Ward M., Patel N.: Physical Activity and Quality of Life in Head and Neck Cancer Survivors: A Literature Review. *International Journal of Sports Medicine*, 2014, 35, 794-799.
7. Rathod S., Livergant J., Klein J., Witterick I., Ringash J. A.: systematic review of quality of life in head and neck cancer treated with surgery with or without adjuvant treatment. *Oral Oncology*, 2015, 51, 888-900.
8. Ringash J.: Survivorship and Quality of Life in Head and Neck Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2015, 33, 3322-3327.
9. Maxwell JH., Mehta V., Wang H. et al.: Quality of Life in Head and Neck Cancer Patients : Impact of HPV and Primary Treatment Modality. *Laryngoskope*, 2014, 124, 1592-1597.
10. Jurkiewicz D., Dżaman K., Rapiejko P.: Czynniki ryzyka raka krtani. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2006, 21, 94-98.
11. Hanna E., Sherman AC.: Quality-of-Life Issues in Head and Neck Cancer. *Current Oncology Reports*, 1999, 1, 124-128.

12. Rossi PG., Giordano L.: The TNM classification of malignant tumours — towards common understanding and reasonable expectations. *The Lancet Oncology*, 2017, 18, 849-851.
13. Zalecenia do diagnostyki histopatologicznej nowotworów. Centrum Onkologii, Oddział Gliwice Polskie Towarzystwo Patologów, Warszawa 2010.
14. Kryst L.: Chirurgia szczękowo-twarzowa. PZWL, Warszawa 2015.
15. Kawecki A., Nawrocki S., Golusiński W. i wsp.: Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 r.
16. Montero PH., Patel SG.: Cancer of the oral cavity. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 2015, 24, 491-508.
17. Chen AM., Daly ME., Farwell DG. et al.: Quality of Life Among Long-Term Survivors of Head and Neck Cancer Treated by Intensity-Modulated Radiotherapy. *JAMA Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 2014, 140, 129-133.
18. Oliveira KG., Zeidler SV Von., Podestá JR V. et al.: Influence of pain severity on the quality of life in patients with head and neck cancer before antineoplastic therapy. *BMC Cancer*, 2014, 24, 14-39.
19. Ehrsson YT., Sundberg K., Laurell G., Langius-eklöf A.: Head and neck cancer patients' perceptions of quality of life and how it is affected by the disease and enteral tube feeding during treatment. *Uppsala Journal of Medical Science*, 2015, 120, 280-9.
20. Prevost V., Joubert C., Heutte N., Babin E.: Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head Neck Disease*, 2014, 131, 113–20.
21. Borys J., Antonowicz B., Zalewska A., Zwierz K.: Zapobieganie nowotworom jamy ustnej. Zapobieganie chorobom nowotworowym. Wyższa Szkoła Zawodowa Ochrony Zdrowia TWP w Łomży, 2016.

Grodzka Ewelina¹, Tyrakowska – Dadello Zuzanna Judyta²

1. Studentka Studiów I stopnia kierunku Elektroradiologia,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Studia doktoranckie, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia pacjentów po przebytych zawale mięśnia sercowego

Wprowadzenie

Zawał mięśnia sercowego jest to martwica fragmentu mięśnia sercowego, która jest spowodowana zablokowaniem przepływu krwi przez tętnicę wieńcową. Często jest pierwszym objawem występowania choroby niedokrwiennej serca. Stanowi jedną z najczęstszych przyczyn śmierci i hospitalizacji na świecie. Śmiertelność pozaszpitalna wynosi aż od 23 do 35% incydentów [1]. W przeciągu roku po wypisie ze szpitala śmiertelność pacjentów wynosi ok. 10%, a w przeciągu 3 lat ok. 20% [2]. W 2013 r., zgony z powodu zawału serca stanowiły 8,5% w ogólnej liczbie zgonów [3]. Na rokowanie pacjenta znacząco wpływa czas jaki nastąpił od zamknięcia światła naczynia do diagnostyki i wdrożenia leczenia, a także stopień niedokrwienia mięśnia sercowego. Szybka interwencja może skutkować odwróceniem zmian niedokrwiennych i uniknięciem przykrych konsekwencji tej choroby [4].

Zawał serca najczęściej występuje w wyniku pęknięcia owrzodzonej blaszki miażdżycowej. Zakrzep powstający w wyniku postępującej erozji blaszki miażdżycowej zamyka światło naczynia, utrudniając i w końcu uniemożliwiając przepływ krwi. Składniki odżywcze i tlen nie dopływają do mięśnia sercowego co powoduje powstanie martwicy. Przyczyną powstawania miażdżycy jest niewłaściwa dieta, szczególnie z dużą ilością pokarmów tłustych, niewielka aktywność fizyczna, siedzący tryb życia, starzenie się, współistnienie cukrzycy i nadciśnienia tętniczego, płeć męska, palenie tytoniu czy predyspozycje genetyczne [5].

Do innych przyczyn zawału mięśnia sercowego należą wady zastawkowe, kardiomiopatia przerostowa, wrodzone wady naczyń wieńcowych, zmiany zatorowo-zakrzepowe w naczyniach wieńcowych, zatrucie tlenkiem węgla (II) czy przedawkowanie narkotyków [6].

Zawał serca objawia się kującem, dławiącym bólem w klatce piersiowej promieniującym do żuchwy lub lewego ramienia, nieustającym po podaniu nitrogliceryny, utrzymującym się ponad 20-30 minut. Pacjent jest niespokojny, towarzyszy mu lęk przed śmiercią, ma bladą skórę i jest zlany lepkim potem. Chory odczuwa duszności, następuje spadek ciśnienia tętniczego, a także wzrost czynności serca [7]. Bardzo ważne jest, aby nie zlekceważyć pierwszych objawów zawału mięśnia sercowego, ponieważ ma to istotny wpływ na szanse na przeżycie pacjenta, leczenie, a także powrót do zdrowia.

Pierwsza pomoc po zawale polega na ułożeniu chorego w pozycji półsiedzącej, kiedy jest przytomny lub w pozycji bocznej ustalonej w przypadku, gdy jest nieprzytomny. Trzeba szybko wezwać pogotowie ratunkowe. Należy kontrolować oddech i pracę serca. W razie ich zatrzymania konieczne jest rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Pominięcie tego kroku znacznie zmniejsza szanse na przeżycie i powrót do zdrowia. W wielu miejscach, w których znajduje się wiele osób, typu galerie handlowe czy lotniska, można odnaleźć automatyczne defibrylatory zewnętrzne. Jeżeli możliwe jest przyjęcie leków można podać doustnie 300-500 mg aspiryny i podjęzykowo 0,4-0,8 mg nitrogliceryny [7].

Jednym z badań używanych do diagnostyki zawału serca jest elektrokardiografia. Jest to badanie nieinwazyjne, tanie i szybkie w wykonaniu. Można wykonać je już w trakcie transportu chorego karetką i przesłać zapis do lekarza dyżurującego lub wykonuje się je po przybyciu do szpitala. Po zarejestrowaniu potencjałów przez elektrody możliwa jest interpretacja zapisu na papierze milimetrowym. Podział odprowadzeń na grupy umożliwia oszacowanie jakiej ściany serca dotyczy zawał. O martwicy mięśnia sercowego świadczy istotne uniesienie odcinka ST, wysokie i spiczaste załamki T dotyczące minimum dwóch sąsiednich odprowadzeń czy odwrócenie załamek T lub patologiczny załamek Q.

W przypadku podejrzenia zawału mięśnia sercowego wykonuje się także badania laboratoryjne takie jak troponina T, troponina I i kinaza kreatynowa. Wykonywana jest także morfologia i badanie stężenia elektrolitów [8].

Do dokładnego określenia miejsca zamknięcia światła naczynia wieńcowego służy koronarografia. Jest to badanie inwazyjne, wykonywane przy użyciu promieniowania rentgenowskiego. Miejscem dostępu jest tętnica promieniowa, udowa lub ramienna. Podanie środka kontrastującego bezpośrednio do tętnicy wieńcowej pozwala zauważyć, które naczynie

nie zostaje zakontrastowane, czyli zablokowany jest w nim przepływ krwi. Badanie jest szczególnie przydatne ze względu na fakt, że od razu po zdiagnozowaniu zawału mięśnia sercowego można przystąpić do udrażniania światła naczynia. Jest też wstępem do ewentualnej plastyki tętnic z użyciem balonu czy stentów, które mają zapobiegać ponownemu zwężeniu światła naczynia. W celu leczenia zawału mięśnia sercowego stosuje się też leki trombolityczne, które mają za zadanie rozpuszczenie zakrzepu i rozrzedzenie krwi.

Rozwinięcie

Opieka medyczna

Po opanowaniu sytuacji lekarze zlecają pacjentowi szereg badań i dodatkowych konsultacji. Wykonywana jest np. próba wysiłkowa czy koronarografia. Badania te mają na celu ocenę stopnia zaawansowania choroby wieńcowej, która może być przyczyną kolejnego zawału. Możliwe, że będzie konieczne wykonanie zabiegu angioplastyki tętnic wieńcowych w celu zmniejszenia ryzyka ponownego zamknięcia światła naczyń. Pacjenci zaczynają stosować leki przeciwplatekcyjne, beta blokery, czy inhibitory konwertazy i statyny [1].

Jednym z leków przeciwplatekcyjnych przyjmowanych po zawale serca jest aspiryna, która ma za zadanie przeciwdziałanie sklejanemu się płytek. Uważa się, że każdy chory po przebytych zawale mięśnia sercowego, powinien przyjmować przewlekłe aspirynę w dawce od 75 do 160 mg na dobę, o ile nie występują przeciwwskazania do takiego leczenia. W przypadku przeciwwskazań do stopowania aspiryny podawany jest lek o nazwie tiklopidyna lub nowszy preparat kłopidogrel, który nie powoduje niepożądanych efektów, takich jak neutropenia [1].

Beta-blokery są lekami, które pełnią szczególną rolę w prewencji zawału serca. Ich działaniem jest zwolnienie czynności serca, obniżenie ciśnienia tętniczego i napięcia ścian lewej komory. Powoduje to poprawę bilansu tlenowego mięśnia sercowego objętego niedokrwieniem. Podnoszą także próg migotania komór, co zmniejsza ryzyko nagłego zgonu sercowego [1].

Kolejną grupą leków wykorzystywaną po zawale serca są inhibitory konwertazy angiotensyny, które poprawiają hemodynamikę lewej komory i hamują jej przebudowę, przywracają funkcję śródbłonna, stabilizują blaszkę miażdżycową, wykazują działanie antyproliferacyjne oraz zmniejszają agregację płytek. U pacjentów, którzy mimo przestrzegania diety, mają wysokie stężenie cholesterolu stosuje się też leki

poprawiające gospodarkę lipidową. Część pacjentów zażywa też antykoagulanty. Stosuje się je u chorych z rozległymi zaburzeniami kurczliwości, skrzepliną przyścienną w lewej komorze, utrwalonym migotaniem przedsionków czy znacznie obniżoną frakcją wyrzutową łączącą się lub bez zastoinowej niewydolności krążenia [1].

Bardzo ważne jest wykluczenie nadciśnienia tętniczego, ponieważ dowodzi się, że jego skuteczne leczenie zmniejsza ryzyko zawału serca o 20-25%. Należy więc regularnie monitorować wartości ciśnienia tętniczego i reagować na jego skoki. W celu leczenia nadciśnienia tętniczego należy przestrzegać diety, wystrzegać się stresu, rzucić palenie, zredukować wagę czy zachowywać aktywność fizyczną. Kiedy pacjent ma duże problemy z nadciśnieniem stosuje się też odpowiednie leki hipotensyjne [9].

Dieta

Kolejnym ważnym elementem znacząco wpływającym na profilaktykę kolejnych zawałów jest zmiana diety. Chory powinien zrzucić zbędne kilogramy, ponieważ otyłość prowadzi do wzrostu objętości krwi krążącej, zwiększenia rzutu serca i obciążenia lewej komory serca [1]. Zmniejsza więc ona wydolność mięśnia sercowego. Pacjenci po zawale powinni znacznie ograniczyć spożycie tłuszczów. Najlepiej wyeliminować z diety tłuste mięso, kielbasy czy podroby. W zamian można spożywać drób, tłuste ryby morskie oraz dodawać do dań oliwę z oliwek. Warto zaprzestać przygotowywania produktów smażąc je na tłuszczu, a zamiast tego gotować je na parze. Z diety wyklucza się śmietany, tłuste sery czy masła. Zalecane jest spożywanie dużej ilości surowych warzyw i owoców, a także picie co najmniej 1,5-2 litra wody. Pacjent nie powinien spożywać słonych przekąsek, dań typu fast food, dużej ilości słodczy i pić słodzonych, gazowanych napojów. Warto jest zamienić makarony na kasze. Konieczne jest wyeliminowanie z diety soli kuchennej. Aby wzbogacić smak potraw można stosować zioła, sok z cytryny oraz aromatyczne warzywa [10]. W zaplanowaniu posiłków i odnalezieniu dobrych przepisów pacjentowi może pomóc dietetyk.

Pacjenci powinni zrezygnować także z palenia tytoniu, ponieważ nałóg zwiększa tendencję prozakrzepową i wazokonstrykcyjną, sprzyja powstawaniu arytmii i powoduje wzrost stężenia karboksyhemoglobiny, co zmniejsza możliwości przenoszenia tlenu do komórek organizmu. W celu zerwania z tymi używkami można stosować nikotynową terapię zastępczą w postaci plastrów czy gum do żucia [1].

Duże spożycie alkoholu także może negatywnie wpływać na stan układu sercowo-naczyniowego. Jednym z efektów jego nadużywania jest skurcz naczyń tętniczych,

co powoduje wzrost ciśnienia tętniczego. W wyniku zwiększonego wychwytu wapnia i zmniejszenia ilości jonów magnezu we krwi, wzrasta napięcie ścian naczyń. Alkohol przyspiesza także czynność serca oraz jest przyczyną zwiększenia objętości minutowej tłoczony krwi, co powoduje wzrost zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen. Badania wykazują jednak, że spożywanie do ok. 2 drinków na dobę wpływa korzystnie na przeciwdziałanie degradacji naczyń krwionośnych, a co za tym idzie, ułatwia elastyczne reagowanie tętnic na nadmiar tłoczony krwi. Picie małych dawek ma działanie przeciwzakrzepowe, a czerwone wino zapobiega sklejanemu się płytek krwi [11].

Aktywność fizyczna

Uprawianie sportu pozytywnie wpływa na stan zdrowia pacjentów. Z wyłączeniem sportów siłowych czy sprintu, trening przynosi głównie korzyści. Jednym z plusów aktywności fizycznej jest poprawa wydolności organizmu. Pacjenci łatwiej tolerują wysiłek fizyczny i później odczuwają zmęczenie. Dobrze zaplanowane treningi sprawiają, że zmniejsza się zapotrzebowanie organizmu na tlen, następuje zwolnienie spoczynkowej i wysiłkowej czynności serca, zwiększa się objętość wyrzutowa, serce jest lepiej ukrwione, bardziej rozwinięte jest krążenie oboczne, a także wzrasta stężenie cholesterolu frakcji HDL [12].

W Polsce nie ma określonego schematu postępowania w ramach rehabilitacji kardiologicznej. W wielu regionach kraju pacjenci w ogóle nie są kierowani na żadną formę rehabilitacji, dostają jedynie zalecenie do zachowania aktywności fizycznej np. poprzez spacerowanie czy jazdę na rowerze. Jest to bardzo niekorzystne zjawisko, które może być jedną z przyczyn wysokiego współczynnika zgonów w przeciągu 12 miesięcy od zakończenia hospitalizacji. Badania wykazują, że pacjenci, którzy odbywali rehabilitację kardiologiczną, mają większe szanse na powrót do zdrowia, mniejsze ryzyko ponownych zawałów i częściej przestrzegają wytycznych dotyczących profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. Efektywna rehabilitacja obejmuje nie tylko ćwiczenia, ale i edukację na temat prewencji chorób kardiologicznych oraz ciągle przypominanie konieczności przestrzegania zaleceń lekarza [13]. Załoženiami rehabilitacji kardiologicznej jest jej kompleksowość, wieloetapowość, indywidualne podejście do pacjenta, ciągłość, jak najwcześniejsze jej rozpoczęcie oraz akceptacja przez chorego i jego otoczenie [14].

Obecnie uważa się, pacjenci po przebytych zawale mięśnia sercowego powinni być poddawani rehabilitacji szpitalnej, ambulatoryjnej lub hybrydowej. Rehabilitacja szpitalna lub hybrydowa z pierwszym etapem w szpitalu powinna być zlecona pacjentom,

którzy przekroczyli 75 rok życia, wystąpił u nich wstrząs kardiogeny, frakcja wyrzutowa lewej komory wynosi poniżej 40 %, mają objawową niewydolność serca, ciężkie choroby współistniejące, nawracające niedokrwienie serca lub złożoną komorową niewydolność rytmu czy ich wydolność fizyczna jest niższa niż 7 METS (jednostki metaboliczne wyrażające spoczynkowe zużycie tlenu). Inni pacjenci mogą mieć rehabilitację na oddziale dziennym lub rehabilitację hybrydową. Współcześnie dzięki rozwojowi telemedycyny pacjenci mogą zasięgać porad dotyczących ćwiczeń przebywając w domu za pośrednictwem łącza telefonicznego lub internetowego [13].

Bezwzględny przeciwwskazaniem do rozpoczęcia treningu fizycznego u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego są niestabilna choroba wieńcowa, niewyrównana niewydolność serca, ciężkie objawowe wady zastawkowe, złożone komorowe zaburzenia rytmu, częstoskurcz nadkomorowy w spoczynku, złożone zaburzenia rytmu prowokowane wysiłkiem fizycznym, blok przedsionkowo-komorowy III stopnia w przypadku pacjenta, u którego nie został wszczepiony rozrusznik, zapalenie wsierdza, zapalenie osierdza, spoczynkowe ciśnienie skurczowe przekraczające 200 mm Hg, ciśnienie rozkurczowe powyżej 100 mm Hg, zatorowość tętnicza, zakrzepowe zapalenie żył i inne choroby, których przebieg może się pogorszyć z powodu treningu [14].

Zalecaną formą aktywności jest marsz w różnym tempie i na różnych dystansach, jazda rowerem, lekkie prace ogrodowe, wędkowanie, pływanie czy gry rekreacyjne. Pacjenci po zawale nie powinni dźwigać bardzo ciężkich rzeczy, zmieniać kół w pojazdach, odśnieżać posesji czy kopać ziemi, wieszać firan, podciągać się, a przede wszystkim muszą unikać statycznych wysiłków z bezdechem [14]. Powinno się ćwiczyć 4-6 razy w tygodniu po co najmniej 30 minut. Należy pamiętać, aby wprowadzać aktywność fizyczną po zawale stopniowo.

Przeciwdziałanie stresowi

Na prewencję incydentów sercowo-naczyniowych składa się też walka ze stresem. Stres zwiększa zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen, powoduje skurczenie naczyń co zmniejsza przepływ wieńcowy, zwiększa stężenie katecholamin i kortyzolu we krwi, co skutkuje sklejeniem płytek krwi, przyspiesza rytm serca oraz podwyższa ciśnienia krwi. Pacjenci przeżywający kłopoty rodzinne, rozwód, utratę kogoś bliskiego czy słyszący niepokojące informacje na temat ważnych dla nich osób są bardziej narażeni na zawał serca. Zarówno nagle sytuacje, takie jak przestraszenie, drastyczne widoki czy napaść, jak i długotrwałe zamartwianie się jakąś kwestią negatywnie wpływają na stan naczyń

wieńcowych i serca. Bardzo często sam incydent zawałowy jest powodem ogromnego stresu, ponieważ pacjent boi się kolejnego bólu lub śmierci. Szczególnie częstym czynnikiem, którym wymienia się jako potencjalną przyczynę zawału jest stres w pracy i zbyt duże obciążenie obowiązkami zawodowymi. Pracownicy są narażeni na zdenerwowanie spowodowane koniecznością trzymania się terminów, złą komunikacją w zespole, mobbingiem czy wykorzystaniem przez pracodawcę, kontaktami z klientami pełnymi roszczeń i pretensji, niesprawiedliwym ocenianiem, brakiem uznania, czy niedoprecyzowaniem zadań. Bywa też, że pracownicy rezygnują z urlopów w obawie przed utratą pracy, zostają na nadgodziny czy nie są rozumiani, gdy zgłaszają przełożonemu złe samopoczucie i konieczność odpoczynku. Życie w ciągłym biegu, przepełnione strachem przed bezrobociem, sprawia, że organizm jest przeciążony [15].

Pacjent musi nauczyć się radzić sobie ze stresującymi sytuacjami. Pomaga w tym wyciszenie, odpoczynek na łonie natury, z dala od zgiełku i codziennych problemów. Należy pamiętać, aby w ramach odprężenia, nie uciekać w używki, takie jak alkohol czy papierosy. Warto w wolnym czasie oddawać się ulubionym rozrywkom, które pozwolą odreagować złe emocje. Pomocne też są rozmowy z bliskimi, mówienie o swoich kłopotach czy wspólne rozwiązywanie problemów. W trudniejszych przypadkach można skorzystać z pomocy specjalistów, psychologów i psychoterapeutów.

Rola rodziny

W procesie powrotu do zdrowia i zmiany stylu życia znaczącą rolę odgrywa rodzina pacjenta. Gdy chory widzi wsparcie bliskich i czuje się potrzebny łatwiej zmienia swoje nawyki. Ma wtedy świadomość, że jeżeli nie zmodyfikuje swoich przyzwyczajeń może nastąpić kolejne zamknięcie światła tętnicy wieńcowej i zawał mięśnia sercowego, którego może nie przeżyć [16]. Rodzina nie powinna niepotrzebnie panikować, wywoływać zbędnego zamieszania czy potęgować poczucia ciężkiego położenia pacjenta. Zadaniem bliskich jest służyć dobrym słowem, a także realną pomocą. Konieczne jest przypominanie choremu o konieczności przestrzegania diety i uprawiania sportu. Najłatwiej jest przestrzegać wskazań lekarzy, kiedy cała rodzina zaczyna się zdrowo odżywiać i wspólnie aktywnie spędzać czas. Początkowo nie jest to prostym zadaniem, dlatego zmiany należy wprowadzać stopniowo. W późniejszym okresie rodzina może zacząć traktować modyfikacje stylu życia nie tylko jako przykry obowiązek, ale i jako miłą formę rozrywki i zacieśniania więzi. Na pewno wpłynie to na poprawienia stanu zdrowia wszystkich domowników i zmniejszy prawdopodobieństwo incydentów sercowo-naczyniowych. Dobry przykład dawany młodemu

pokoleniu wpłynie też na zmniejszenie liczby osób u których w przyszłości wystąpi zawał serca.

Podsumowanie

Zawał mięśnia sercowego to poważny problem dotyczący wielu pacjentów. Mimo zagrożeń jakie niesie za sobą, pacjent może prowadzić normalne życie. Sam incydent zawałowy z reguły nie ogranicza możliwości pacjenta w przyszłości. Zmiana nawyków chorego wiąże się z prewencją kolejnych groźnych dla zdrowia i życia zaburzeń. Po zawale serca pacjent może mieć trudności z wykonywaniem niektórych sportów, dostać zalecenia częstszego odpoczynku od pracy czy unikania sytuacji stresowych, jednak nie wpływa to znacząco na jakość życia. Rokowanie zależy od współpracy pacjenta, chorób współistniejących czy historii zawałowej. Wymagane będą okresowe badania i wizyty lekarskie u specjalistów zajmujących się nie tylko kardiologią, ale i innymi chorobami wpływającymi na wzrost ryzyka zawału.

Wystąpienie zawału serca zmienia sposób patrzenia na świat przez pacjenta i stanowi okazję do przemyślenia swojego postępowania. Zaczyna zauważać rzeczy istotne i ustala hierarchię wartości. Więcej czasu poświęca bliskim czy na wykonywanie częściej czynności sprawiających mu przyjemność. Konieczne jest, aby pacjent zapamiętał, że jego wybory mają odzwierciedlenie w jego stanie zdrowia. Nawet najlepsze leczenie z wykorzystaniem skutecznych leków i nowatorskich zabiegów może okazać się niewystarczające jeżeli chory nie zmodyfikuje diety, nie pozbędzie się nadwagi, nie zacznie uprawiać sportu czy dalej będzie palił papierosy.

Konieczna jest stała edukacja społeczeństwa na temat ryzyka ostrych zespołów wieńcowych, ich profilaktyki, pierwszej pomocy w przypadku zawału czy koniecznym postępowaniu po hospitalizacji. Im większą wiedzę posiada pacjent i im dokładniej przestrzega zaleceń lekarzy, tym większa szansa na przeżycie wielu lat w dobrej kondycji.

Piśmiennictwo

1. Dłużniewska M., Pakulska I., Budaj A.: Zasady postępowania po zawale serca. *Postępy Nauk Medycznych*, 2000, 3, 3-9.

2. Zdrojewski T., Gierlotka M., Wojtyniak B. i inni: Sukcesy i porażki w prewencji i terapii zawałów serca w Polsce [w:] Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Strzelecki Z., Szymborski J. (red.). Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015, 156-173.
3. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J.: Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia [w:] Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Strzelecki Z., Szymborski J. (red.). Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015, 46-80.
4. Religa G., Suwalski K., Majstrak F. i inni: Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej w świeżym zawale mięśnia serca. *Nowa Medycyna*, 1999, 2, 30-32.
5. Kaszuba M.: Miażdżyca-przyczyny, zapobieganie. <http://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,miazdzycza---przyczyny-zapobieganie,artykul,1626703.html> (data pobrania 07.08.2017).
6. Zawał serca (zawał mięśnia sercowego), <http://www.kardiolo.pl/zawal.htm> (data pobrania 07.08.2017).
7. <http://www.doctormed.pl/info/kardiologia/zawal-miesnia-sercowego-zawal-serca-lac-infarctus-myocardii/> (data pobrania: 07.08.2017).
8. Dziecic H., Kopeć G.: Jakie badania wykonuje się w celu rozpoznania zawału? <https://chorobawienkowa.mp.pl/badania/62337,jakie-badania-wykonuje-sie-w-celu-rozpoznania-zawalu-serca> (data pobrania 07.08.2017).
9. Gaciong Z.: Nadciśnienie tętnicze – jak się zaczyna i jak się może kończyć? [w:] Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Strzelecki Z., Szymborski J. (red.). Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015, 258-265.
10. <http://zawalserca.net/dieta-zawale-jesc-czego-unikac/> (data pobrania 9.08.2017).
11. https://www.pfm.pl/baza_chorob/choroby-serca-i-krazenia/alkohol-zagraza-zawalem-i-udarem/340 (data pobrania 09.08.2017).
12. Kielnar R., Janas M., Domka-Jopek E.: Wpływ usprawniania ambulatoryjnego na wydolność fizyczną pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2008, 220-225.
13. Jankowski P., Niewada M., Bochenek A. i wsp.: Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji. *Kardiologia Polska*, 2013, 71 (9), 995–1003.
14. Piotrowicz R., Wolszakiewicz J.: Rehabilitacja kardiologiczna pacjentów po zawale serca. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2008, 3, (12), 559-565.

15. Wiśniewski S., Kordel K., Ołasińska-Wiśniewska A. i wsp.: Znaczenie czynnika stresowego w rozwoju ostrych incydentów sercowo-naczyniowych – problemy opiniotwórcze. *Orzecznictwo Lekarskie*, 2010, 7 (2), 113-119 .
16. Dąbrowska J., Jurek A., Krakowska A.: Udział rodziny chorego w rehabilitacji osób po zawale serca. *Cardiovascular Forum*, 2007, 12, 1–2, 18-22.

Szynkiewicz Ewa

Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wpływ stopnia kontroli astmy na jakość życia

Wstęp

Podjęcie badań jakości życia stanowi jeden z istotnych elementów terapii. Pozwala na poszukiwanie optymalnych metod postępowania. Ocenia w sposób nie tylko obiektywny, ale i subiektywny wpływ choroby na życie człowieka. Implikuje kompleksową ocenę stanu zdrowia. Przyczynia się do optymalizacji poniesionych z powodu choroby kosztów.

Astma jest przewlekłą chorobą zapalną dolnych dróg oddechowych, w której patogenezie bierze udział wiele komórek i mediatorów. Nadreaktywność oskrzeli i toczący się przewlekły proces zapalny prowadzi w konsekwencji do przebudowy dróg oskrzelowych. Następstwem tych procesów są nawracające i o zmiennym nasileniu epizody świszczącego oddechu, duszności, ściskania w klatce piersiowej, kaszlu, które często występują w nocy, nad ranem lub po wysiłku, a ustępują samoistnie lub pod wpływem leczenia [1, 2]. Choroba najczęściej pojawia się w dzieciństwie i trwa zazwyczaj do końca życia. Jest najczęstszą przewlekłą chorobą dzieci i dorosłych poniżej 40. roku życia. Przeprowadzone badania epidemiologiczne wykazały, że do głównych przyczyn tego schorzenia poza uwarunkowaniami genetycznymi należy uczulenie na alergen powietrzno pochodne (90% chorych) [1, 2, 3, 4].

Na podstawie zakończonego w 2008 roku badania Epidemiologia Chorób Alergicznych w Polsce (ECAP) ustalono, że astma dotyczy prawie 4 milionów osób [5, 6, 7, 8]. Autorzy na podstawie uzyskanych wyników wykazali, że w znacznym odsetku, chorzy astmatycy nie mają rozpoznanej choroby [5]. Współczynnik śmiertelności z powodu tego schorzenia wynosi 5 - 10 przypadków na 10000 chorych i jest jednym z wyższych w Europie [2]. Nierozpoznana lub źle leczona astma może być przyczyną wielu powikłań, zmuszających chorych do korzystania z pomocy doraźnej, a nawet hospitalizacji [4, 5, 9].

Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena jakości życia chorych na astmę oskrzelową o różnym stopniu zaawansowania. W trakcie realizacji pracy oceniono poziom ogólnej i globalnej jakości życia wraz z ogólnym stanem zdrowia badanych w zależności od stopnia kontroli astmy.

Material i metody

Badania prowadzono w Klinice Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki wywiadu, wykorzystano kwestionariusze: autorski (dane socjodemograficzne i kliniczne) oraz polską wersję *WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life-100)*. Do badań kwalifikowano chorych z rozpoznaną przez lekarza alergologa astmą oskrzelową oraz wyrażoną świadomą pisemną zgodą na udział w badaniu. Czynniki powodującymi wykluczenie z badań były niepełnoletność, wiek powyżej 65. roku życia, uwarunkowania zdrowotne uniemożliwiające świadome i samodzielne wypełnienie ankiet oraz przewlekłe ciężkie choroby narządowe lub układowe.

Ankietowany zawsze był informowany o celu oraz istocie badań, miał możliwość zadawania pytań oraz rezygnacji z badania na każdym z jego etapów bez poniesienia konsekwencji. Zgodę na przeprowadzenie badań udzieliła Komisja Bioetyczna Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy (KB/513/2008).

Na potrzeby prowadzonych badań pacjenci zostali podzieleni na grupę badaną i kontrolną. Kryterium podziału pacjentów stanowił stopień kontroli astmy według zaleceń *GINA 2006 (Global Initiative for Astma 2006)*.

Zgromadzony materiał opracowano statystycznie, weryfikując hipotezy na poziomie $p < 0,05$. Analizy statystycznej wyników dokonano przy użyciu pakietu programów „Statistica” v. 9. 0.

Światowa Organizacja Zdrowia na początku lat dziewięćdziesiątych sformułowała definicję jakości życia będącą podstawą teoretyczną budowy narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz *WHOQOL - 100* [10, 11, 12, 13, 14, 15].

Kwestionariusz służy do oceny ogólnej i globalnej jakości życia. Jest przeznaczony do badania zarówno chorych, jak i zdrowych. Skala przygotowana zgodnie z zaleceniami grupy *WHOQOL* zawiera 100 pytań pogrupowanych na 24 podskale wchodzące w zakres 6 dziedzin

życia: fizycznej, psychologicznej, niezależności, społecznej, środowiskowej oraz duchowości. Dodatkowo zawiera podskale ogólną, składającą się z 4 pytań na temat globalnej oceny jakości życia i ogólnego stanu zdrowia.

Wyniki

Badaną grupę stanowiło 212 chorych. Wśród nich były 144 kobiety i 68 mężczyzn. Najmłodszy z badanych miał 18, a najstarszy 64 lata, średni wiek badanej grupy wynosił $44,9 \pm 12,5$ lat, w tym kobiet $43,7 \pm 12,5$ lat, mężczyzn $47,4 \pm 12,3$ lat. Dane socjometryczne przedstawia Tabela I.

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej

BADANA CECHA		N	%
PŁEĆ	kobieta	144	67,9
	mężczyzna	68	32,1
WIEK	18 - 35 lat	52	24,5
	36 - 50 lat	81	38,2
	51 - 64 lata	79	37,3
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	miasto	158	74,5
	wieś	54	25,5
STAN CYWILNY	wolny	65	30,7
	mężatka/zonaty	147	69,3
WYKSZTAŁCENIE	podstawowe	72	34,0
	średnie	92	43,4
	wyższe	48	22,6
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA	pracuję	95	45,2
	nie pracuję	115	54,8
PALENIE TYTONIU	palenie czynne	27	12,9
	nie palę	183	87,1
WARUNKI MATERIALNE	dobrze	178	85,2
	złe	31	14,8

Ogólna i globalna ocena jakości życia w zależności od stopnia zaawansowania astmy oskrzelowej

Ankietowani w ramach kwestionariusza odpowiadali na 4 pytania dotyczące globalnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia. Odpowiedzi zostały ocenione w skali Likerta od 1 do 5, większa liczba świadczyła o lepszej jakości życia i stanie zdrowia. Na podstawie poszczególnych wyników dokonano oceny średniej globalnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia dla każdego pacjenta (Tabela II).

Tabela II. Ocena globalnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia w porównywanych grupach

OCENA GLOBALNEJ JAKOŚCI ŻYCIA I OGÓLNEGO STANU ZDROWIA (WHOQOL - 100)	PARAMETRY	GRUPA 1 Astma kontrolowana	GRUPA 2 Astma częściowo kontrolowana	GRUPA 3 Astma niekontrolowana
	<i>n</i>	86	50	76
	min	2,00	1,00	1,75
	max	4,73	4,50	4,25
	mediana	3,75	3,50	3,25
	średnia	3,51	3,29	3,17
	<i>SD</i>	0,58	0,72	0,55

Odpowiedzi na te pytania można traktować jako subiektywne, ponieważ przedstawiają indywidualne odczucia badanych („jak oceniasz swoją jakość życia?”, „na ile jesteś zadowolony ze swojej jakości życia?”, „na ile jesteś zadowolony ogólnie ze swojego życia?”, „na ile zadowolony jesteś ze swojego zdrowia?”). Wyraźnie widać, że wraz z obniżeniem stopnia kontrolowania astmy, także maleją średnie oceny globalnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia.

Zastosowany test ANOVA wykrył istotną różnicę między wartościami średnimi najmniejszą i największą: $F=6,58$; $p<0,002$.

Stwierdzono także różnicę między grupą 1 i grupą 2 - test post - hoc (NIR) wykazał ją na poziomie istotności $p=0,043$, między grupą 1 a 3 $p<0,0004$. Między grupą 1 a 2 $p<0,043$; $F_{kr}=3,04$.

Ogólną ocenę jakości życia otrzymano jako średnią z ocen jakości życia w dziedzinach: środowiskowej, fizycznej, psychologicznej, poziomu niezależności, relacji społecznych oraz duchowości. Można ją uznać za ocenę obiektywną, ponieważ była oparta na bardzo dużej (212) liczbie odpowiedzi (Tabela II).

Między ocenami obiektywnymi a subiektywnymi ustalona jest mocna dodatnia zależność korelacyjna - wartość współczynnika korelacji liniowej wyniosła 0,81 i jest istotna statystycznie ($t=20,2>1,99=t_{kr}$; $p<0,0001$).

Stopnie kontroli astmy a jakość życia

W Tabeli III przedstawiono wartości średnie i odchylenia standardowe *QOL (Jakości Życia)* w sześciu badanych płaszczyznach. Wynik liczbowy odpowiada indywidualnej percepcji jakości życia badanych w każdym z tych obszarów. Ocena wskazała najbardziej zaburzone poszczególne sfery życia z podziałem na stopnie kontroli astmy. Zastosowano test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA, za pomocą którego wykazano, że w następujących dziedzinach: „fizycznej” i „poziom niezależności” nie wszystkie średnie są równe. Różnica istotna co najmniej dla wartości skrajnych - w grupie 1 i 3. Test RIR Tukeya wykazał, że poziom jakości życia w „dziedzinie fizycznej” jest istotnie większy w grupie z astmą kontrolowaną niż w pozostałych grupach. Natomiast nie różnią się poziomy QOL w grupie 2 i 3. Grupa 1 a 2 $p=0,0002$; grupa 1 a 3 $p=0,000022$; grupa 2 a 3 $p=0,288$.

W dziedzinie „poziom niezależności” stwierdzono statystycznie istotne różnice jakości życia we wszystkich porównywanych grupach: Grupa 1 a 2 $p=0,000083$; Grupa 1 a 3 $p=0,033070$; Grupa 2 a 3 $p=0,000022$. Wyniki obliczeń podano w Tabeli III.

W Tabeli IV podano podstawowe parametry statystyczne unormowanej oceny jakości życia dla trzech porównywanych grup badanych - 1, 2 i 3. Wyraźnie widać, że poziom jakości życia maleje wraz ze zmniejszeniem stopnia kontrolowania astmy.

Tabela III. Jakość życia pacjentów w poszczególnych domenach (opracowanie własne)

DZIEDZINY							
GRUPY	parametry	Fizyczna	Psychologiczna	Poziom niezależności	Relacje społeczne	Środowisko	Duchowość
GRUPA 1 (86)	Średnia	0,639	0,607	0,676	0,705	0,625	0,512
	<i>SD</i>	0,162	0,130	0,147	0,133	0,091	0,211
GRUPA 2 (50)	Średnia	0,526	0,602	0,557	0,692	0,612	0,524
	<i>SD</i>	0,146	0,131	0,171	0,154	0,095	0,226
GRUPA 3 (76)	Średnia	0,485	0,595	0,485	0,689	0,610	0,546
	<i>SD</i>	0,154	0,127	0,160	0,127	0,097	0,221
Test Levene'a	<i>F</i>	0,05	0,36	1,43	0,78	0,02	0,24
	<i>P</i>	0,95	0,70	0,24	0,46	0,98	0,79
Test ANOVA ($F_{kr}=3,04$)	<i>F</i>	21,02	0,15	30,23	0,31	0,63	0,51
	<i>P</i>	<0,0001	0,86	<0,0001	0,74	0,53	0,60

Tabela IV. Zależność jakości życia od stopnia kontroli astmy

	PARAMETRY	GRUPA 1	GRUPA 2	GRUPA 3
JAKOŚĆ ŻYCIA	<i>n</i>	86	50	76
	min	0,338	0,320	0,268
	max	0,833	0,790	0,818
	mediana	0,637	0,595	0,564
	średnia	0,627	0,586	0,568
	<i>SD</i>	0,107	0,111	0,100

W celu porównania wartości średnich zastosowano parametryczny test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA. Zastosowanie tego testu było uzasadnione wystarczająco dużymi liczebnościami grup oraz brakiem różnicy między wariancjami w porównywanych grupach (test Levene'a jednorodności wariancji: $F=0,98 < 3,04=F_{kr}$; $p=0,98$). Test ANOVA wykazał, że co najmniej dwie wartości średnie (wartości skrajne - w grupach 1 i 3) różnią się istotnie: $F=6,56 > 3,04=F_{kr}$, $p < 0,002$.

Za pomocą testu post - hoc (test NIR) ustalono różnicę między grupami 1 i 2 ($p=0,028$) oraz grupą 1 i 3 ($p=0,0003$). Wynik ten potwierdził także z - test, za pomocą którego wykazano istotną różnicę między średnimi wartościami *QOL* w grupach 1 i 2 ($z=2,13$; $p < 0,04$) i w grupach 1 i 3 ($z=3,60$; $p=0,0003$).

Dyskusja

Jakość życia ma dwa wymiary: subiektywny i obiektywny. Zdaniem Cumminsa [16], każdy z tych wymiarów można podzielić na kilka płaszczyzn (zasobów materialnych, zdrowia, pracy, zależności rodzinnych i społecznych, bezpieczeństwa oraz dobrostanu emocjonalnego). Sfera obiektywna obejmuje następujące wymiarniki dobrostanu: posiadanie fortuny, wspaniałego zdrowia oraz udanej rodziny. Dziedzina subiektywna dotyczy satysfakcji w każdej z wcześniej wymienionych domen z zachowaniem osobistej ważności nadawanej każdej z nich [17, 18].

Choroby przewlekłe przyczyniają się, zdaniem Hołuba [18], do wystąpienia wielu niedogodności zarówno o charakterze obiektywnym, jak i subiektywnym. Do tych pierwszych możemy przypisać długotrwałą, czasami uciążliwą farmakoterapię oraz konieczność przestrzegania zaleceń lekarskich (wizyty kontrolne, konieczność zmiany stylu życia). Dyskomfort subiektywny jest uwarunkowany całościowym postrzeganiem choroby przewlekłej przez chorego. Warunkuje postrzeganie osobistego rozwoju jednostki i wykorzystanie przez nią potencjalnych możliwości. Związany jest z wewnętrznymi przeżyciami psychicznymi oraz duchowymi. Z permanentnym stresem. Intensywność doznań jest uwarunkowana czynnikami indywidualnymi, co wpływa na rokowanie.

Głównym celem leczenia astmy [19, 20] jest uzyskanie i utrzymanie kontroli choroby. Niestety, u większości chorych z różnych powodów nie jest ona osiągalna. Stopień nasilenia objawów choroby (zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych) wpływa na funkcjonowanie chorych, utrudniając ich codzienne funkcjonowanie. Należy podkreślić, że zdaniem Kowalskiego i wsp. [21] rzeczywisty wpływ astmy oskrzelowej na życie pacjentów nie jest

dokładnie udokumentowany. Podobnego zdania jest Juniper [22]. W badaniach własnych ankietowani odpowiadali na pytania dotyczące globalnej jakości życia i ogólnego stanu zdrowia (ocena subiektywna) oraz ogólnej jakości życia (ocena obiektywna). Stwierdzono, że wraz z obniżeniem stopnia kontrolowania astmy malały średnie oceny, zarówno subiektywne jak i obiektywne. Subiektywna ocena *QOL* została oceniona nieznacznie wyżej we wszystkich grupach przez badanych w porównaniu z oceną obiektywną, niemniej obydwie kształtowały się na średnim poziomie.

Wpływ stopnia kontroli astmy na jakość życia

Astma oskrzelowa od dawna jest traktowana jako choroba psychosomatyczna, której przyczyn należy dopatrywać się w czynnikach biologicznych i psychologicznych [23]. Wielu autorów podkreśla znaczenie występowania czynników emocjonalnych i ich wpływ na jakość życia chorych z rozpoznaną astmą [24, 25]. Sytuacje stresowe zaostrzają przebieg choroby i wywołują jej ataki [26, 27]. Potwierdzają to także inne badania [28, 29, 30].

Przeprowadzona analiza badań własnych wskazuje, że nie wszystkie poziomy jakości życia w badanych obszarach zostały zaburzone. Wraz z obniżeniem stopnia kontroli astmy następuje pogorszenie jakości życia we wszystkich dziedzinach, oprócz duchowości, gdzie mamy do czynienia z odwrotną sytuacją. W sferze duchowej nie wykazano znamienności statystycznej ($p=0,60$). Podczas samooceny chorzy prezentowali istotnie niższe poziomy *QOL* w dziedzinie fizycznej. Poziom *QOL* jest wyższy w grupie 1 niż grupach 2 i 3 ($p<0,0001$; grupa 1 a 2 $p=0,0002$; grupa 1 a 3 $p=0,000022$; grupa 2 a 3 $p=0,288$). W płaszczyźnie niezależności istotna różnica została wykazana we wszystkich grupach ($p<0,0001$; grupa 1 a 2 $p=0,000083$; grupa 1 a 3 $p=0,033070$; grupa 2 a 3 $p=0,000022$).

W badaniach Santosa i wsp. z Coimbra University [31], przedstawionych na Kongresie Europejskiej Akademii Alergii i Immunologii Klinicznej w Barcelonie w 2008 roku, porównano jakość życia pacjentów z ciężką (20 chorych) i łagodną astmą (40 chorych) za pomocą kwestionariusza *SF – 36 (Short Form Health Survey)*, walidowanego w Portugalii. Badana grupa była porównywalna pod względem płci i wieku (90% vs. 80% kobiet, 48,5 vs. 46,5 lat). Pacjenci z ciężką astmą prezentowali istotnie statystycznie niższe wyniki jakości życia w funkcjonowaniu fizycznym, ograniczeniu w pełnieniu ról z powodu ograniczeń zdrowia fizycznego, dolegliwościach bólowych, ogólnym poczuciu zdrowia, witalności, ograniczeniu w pełnieniu ról wynikających z problemów emocjonalnych oraz „poczuciu zdrowia psychicznego”. Podczas samooceny nie zaobserwowano jedynie zaburzeń w sferze funkcjonowania społecznego.

Na ten aspekt w swoich badaniach zwróciła uwagę Uchmanowicz i wsp. [32], wykazując, że astma może ograniczać życie chorych w sferach: emocjonalnej, fizycznej oraz społecznej. Podobnie Chełmińska i wsp. [33] ocenili *QOL* chorych na astmę. Badanych podzielono na dwie grupy: z dobrą i złą kontrolą choroby (w zależności od występowania objawów). Za pomocą kwestionariusza *SGRQ* (*St. Georges Respiratory Questionnaire*) wykazano znaczące obniżenie jakości życia w grupie chorych na astmę źle kontrolowaną (ogólny wynik kwestionariusza 54,2) w porównaniu z grupą kontrolowaną (38,77; $p=0,003$). Podobnie istotne różnice stwierdzono w dziedzinach kwestionariusza: objawy $p=0,014$; aktywność $p=0,035$ oraz wpływ choroby na życie pacjentów $p=0,003$.

Pojawienie się choroby modyfikuje wszystkie funkcje rodzinne: zarobkową, konsumpcyjną, wychowawczą - kontrolną, kulturalno - towarzyską oraz seksualną [34, 35]. Zaburzenia w ich wypełnianiu wpływają w sposób wtórny na *QOL* rodziny, co jest dodatkowym obciążeniem dla chorego. Zaburzenia snu powodują zmęczenie, rozdrażnienie, senność oraz podsypanie w czasie dnia [36]. Negatywny nastrój oraz ciężkość choroby w konsekwencji powodują obniżenie fizycznych i psychicznych warunków jakości życia [37].

Do listy problemów związanych z doświadczaniem schorzenia należy zaliczyć aspekt społecznej percepcji choroby przewlekłej, która w skrajnym przypadku może prowadzić do inwalidztwa lub śmierci [17].

Kompleksowa ocena jakości życia powinna uwzględniać wiele elementów związanych zarówno z życiem zawodowym, jak i rodzinnym.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Zarówno Ogólna (obiektywna) ocena jakości życia chorych na astmę oskrzelową jak i Globalna jakość życia i ogólny stan zdrowia (ocena subiektywna), została oceniona przez badanych na średnim poziomie. Pomiedzy ocenami wykazano istotną statystycznie korelację. Obydwie maleją wraz z obniżeniem stopnia kontroli astmy.
2. Jakość życia chorych na astmę oskrzelową o różnym stopniu zaawansowania istotnie maleje wraz ze zmniejszeniem stopnia kontrolowania choroby. Najbardziej zaburzone sfery życia to płaszczyzna fizyczna i poziom niezależności.

Piśmiennictwo

1. Kuna P., Kupryś - Lipińska I.: Astma u dorosłych [w:] Alergia, choroby alergiczne, astma, Fal A. M.: (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 277 – 317 .
2. Kruszewski J. (red.): Wytyczne Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące postępowania w astmie oskrzelowej wydanie II, Raport Panelu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w sprawie postępowania w astmie oskrzelowej. Intro S. A., Warszawa 2008.
3. Kroczyńska - Bednarek J.: Wpływ czynników środowiskowych na rozwój i przebieg astmy oskrzelowej. *Terapia*, 2008, 10, 216, 23 – 33.
4. Kruszewski J., Kowalski M. L. (red.): Standardy w alergologii część I. Stanowiska Panelów Ekspertkich Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Medycyna Praktyczna, Kraków 2010.
5. Samoliński B., Raciborski F., Tomaszewska A. i wsp.: Epidemiologia alergii i astmy w Polsce - doniesienie wstępne badania ECAP. *Terapia*, 2008, 10, 41 – 46.
6. Kuna P.: Czym jest astma w świetle współczesnej wiedzy jak można ją wcześniej rozpoznać. *Terapia*, 2009, 3, 222, 20 – 24.
7. Lipiec A., Komorowski J., Sybilski A. i wsp.: Epidemiologia chorób alergicznych [w:] Alergia, choroby alergiczne, astma, Fal A. M.: (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2010, 111 – 175.
8. Samoliński B., Bodzenta - Łukaszyk A., Szpak A. i wsp: Epidemiologia astmy w Polsce według programu ECAP. *Terapia*, 2009, 3, 222, 13 – 17.
9. Kuna P., Kupryś - Lipińska I.: Postępy we wczesnej diagnostyce i leczeniu astmy - - główne cele programu Polastma. *Przewodnik Lekarza*, 2011, 1, 112.
10. Chrobak M.: Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2009, 17, 2, 123 – 127.
11. Kochman D.: Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdrowie Publiczne*, 2007, 117, 2, 242 – 248.
12. Dziurawicz - Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia*. Academica SWPS, Warszawa 2002, 1, 4, 77 – 100.
13. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems of Psychiatry*, 2011, 12, 2, 141 – 145.

14. Kowalik S.: Pomiar jakości życia - kontrowersje teoretyczne [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia, Bańka A., Derbis R. (red.). Uniwersytet Adama Mickiewicza WSP, Poznań - Częstochowa 1994, 47 – 50.
15. Gruszczyński W., Goc S.: Pojęcie jakości życia w medycynie. Kwartalnik Ortopedyczny, 2004, 3, 151 – 155.
16. Cummins R. A.: The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. Social Indicators Research, 1996, 38, 303 – 328.
17. Sobczyk W., Gugala M., Rola R.: Rozwój badań nad jakością życia w chorobach przewlekłych. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2008, 17, 4, 353 – 356.
18. Hołub G: Etyczna problematyka chorób przewlekłych. Medycyna Praktyczna, 2007, 2, 165-168.
19. Gina 2006 - Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Aktualizacja 2006. Medycyna Praktyczna, 2007, 1, wyd. specj.
20. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji astmy. Aktualizacja 2008. Medycyna Praktyczna, 2009, 5, wyd .spec.
21. Kowalski M., Jędrzejczak M., Cirlic M.: Efektywność leczenia astmy oskrzelowej w Polsce w ocenie pacjentów - wyniki badania AIRCEE (Astma Insights & Realisty in Central and Eastern Europe). Alergia Astma Immunologia, 2004, 9, 4, 187 – 195.
22. Juniper E. F., Wisniewski M. E., Cox F. M. et al.: Relationship between quality of life and clinical status in asthma: a factor analysis. European Respiratory Journal, 2004, 23, 2, 287 - 91.
23. Talarowska M., Florkowski A., Gałęcki P. i wsp.: Rola zmiennych psychologicznych w powstawaniu i przebiegu astmy oskrzelowej oraz funkcjonowanie poznawcze pacjentów. Pneumonologia i Alergologia Polska, 2009, 77, 6, 554 - 559.
24. Lewandowska K., Rogiewicz M., Specjalski K. i wsp.: Wpływ psychoterapii na jakość życia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią astmy oskrzelowej - doniesienie wstępne. Polska Medycyna Paliatywna, 2006, 5, 3, 114 – 119.
25. Hommel K. A., Chaney J. M., Wagner J. L. et al.: Astma - Specific Quality of life in older adolescents and young adults with long - standing Asthma: The role of Anxiety and Depression. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2002, 9, 3, 185 – 192.
26. Adams R. J., Wilson D. H., Taylor A. W. et al.: Psychological factors and asthma quality of life: a population based study. Thorax, 2004, 59, 930 – 935.

27. Lavoie K. L., Bacon S. L., Barone S. et al.: What is Worse for Asthma Control and Quality of Life Depressive Disorders, Anxiety Disorders, or Both? *Chest*, 2006, 130, 4, 1039 – 1047.
28. Kimura T., Yokoyama A., Kohno N. et al.: Perceived Stress, Severity of Asthma, and Quality of Life in Young Adults with Asthma. *Allergology International*, 2009, 58, 71 – 79.
29. Ekici A., Ekici M., Kara T. et al.: Negative Mood and Quality of Life in Patients with Asthma. *Quality of Life Research*, 2006, 15, 1, 49 – 56.
30. Wright R. J.: Further evidence that the wealthier are healthier: negative life events and asthma - specific quality of life. *Thorax*, 2007, 62, 106 – 108.
31. Santos A., Geraldes L., Sousa N. et al.: Quality of life in asthma: comparison between severe and mild asthma. XXVII Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. Postersession - Clinical Aspect of Asthma II, Barcelona 7 - 11 June 2008.
32. Uchmanowicz I., Jankowska B., Panaszek B., Fal A.M.: Wpływ czynników społeczno - demograficznych na jakość życia chorych na astmę oskrzelową. *Alergologia Info*, 2010, 5, 2, 57 – 65.
33. Chełmińska M., Werachowska L., Niedożytko M. i wsp.: Jakość życia chorych na astmę dobrze i źle kontrolowaną. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 2007, 75, 70 – 75.
34. Skrzypulec V., Droszól A., Nowosielski K.: The influence of bronchial asthma on the quality of life and sexual functioning of women. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 2007, 58, 5, 647 – 655.
35. Basar M.M., Ekici A., Bulcun E. et al.: Female sexual and hormonal status in patients with bronchial asthma: relationship with respiratory function tests and psychological and somatic status. *Urology*, 2007, 69, 3, 421 – 5.
36. Mastrorarde J.G., Wise R.A., Scharf S.M. et al.: Sleep Quality in Asthma: Results of a Large Prospective Clinical Trial. *Chest*, 2004, 126, 4, 706.
37. Goldney R.D., Ruffin R., Fisher L.J., Wilson D.H.: Asthma symptoms associated with depression and lower quality of life: a population survey. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178, 9, 437 – 441.

**Puza Katarzyna¹, Chrzanowska Urszula², Lewko Jolanta³,
Dolińska Cecylia², Misiak Bianka², Dziekońska Mirosława²**

1. Oddział Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Chemioterapii, Białostockie Centrum Onkologii
2. Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka jelita grubego poddanymi chemioterapii

Wstęp

Problem jakości zajmuje coraz więcej miejsca w rozważaniach naukowych. Ponadto coraz więcej czasu i środków materialnych przeznaczają się na świadczenie usług o wyższym, niż do tej pory, standardzie.

W literaturze cytowane są różne definicje jakości opieki w zależności od punktu widzenia, dostrzegania i interpretowania tego problemu. Może być ona oceniana poprzez osoby korzystające z opieki, zespół świadczący opiekę, jak też z perspektywy administratorów profesji medycznej (inaczej jest rozważana jakość pracy lekarzy, pielęgniarek, pracowników laboratoriów, apteki, itp.). Definicje jakości opieki zależą także od jej wymiaru technicznego jakości i wymiaru funkcjonalnego [1, 2].

Jakość w pielęgniarstwie wskazuje, że problemem tym zajmują się różne osoby mające wpływ na proces diagnozowania, leczenia, pielęgnowania jak też obsługi technicznej pacjenta. Postuluje się, aby zapewnienie jakości w szpitalu było zawsze „interzawodowe” i „interdyscyplinarne”. Nawet najlepsza merytorycznie praktyka kliniczna w placówce leczniczej nie zastąpi satysfakcjonującej pacjentów pracy personelu pielęgniarskiego.

Pacjent postrzega jakość usług w różny sposób. Ocenia on placówkę na podstawie pracy i zachowania personelu lekarskiego, pielęgniarskiego, personelu niższego, a dopiero potem uogólnia swoje spostrzeżenia. Zagwarantowanie wszystkim pacjentom najlepszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej musi stanowić główny kierunek organizacyjnych działań zarówno dyrekcji, jak i codziennej pracy personelu [2].

Świadczenia zdrowotne wysokiej jakości to takie „świadczenia, które odpowiadają określonym kryteriom i aktualnemu stanowi wiedzy medycznej, w ramach posiadanych zasobów zapewniają pacjentom maksymalny zysk zdrowotny i minimalne ryzyko”[3].

Na wysoką jakość opieki zdrowotnej składają się: możliwie najlepsze przygotowanie personelu medycznego, zminimalizowanie ponoszonego przez pacjenta ryzyka, umiejętne wykorzystanie najnowszej wiedzy, doświadczeń praktycznych i materiałów [3].

Jakość opieki pielęgniarskiej - to stopień, w jakim opieka pielęgniarska przyczynia się do osiągnięcia pożądaných efektów w stanie zdrowia jednostki lub całej populacji oraz wykazuje zgodność z aktualną, profesjonalną wiedzą.

Opieka pielęgniarska charakteryzuje się wysoką jakością, która stanowi integralną część opieki zdrowotnej, zmierza do tych samych celów, co cały system opieki, a w szczególności: dba o zapewnienie bezpieczeństwa chorym, stara się, aby utrzymać ciągłość opieki i dostosować świadczenia do potrzeb poszczególnych pacjentów. Opieka skierowana jest na przygotowanie pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji, umożliwia im podejmowanie decyzji, co do sposobu i rodzaju leczenia. Prowadzi działania związane z promowaniem zdrowia i profilaktyką chorób, a jeżeli profilaktyka nie jest możliwa albo nie przynosi efektów to do zapewnienia leczenia, rehabilitacji i pomocy [2].

Kryteria, przy pomocy których dokonywana jest ocena jakości opieki pielęgniarskiej w szpitalu, są pochodną autonomicznych celów pielęgnowania, funkcji zawodowych pielęgniarki, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania, oszacowanych potrzeb zdrowotnych pacjenta, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej [2,3,4].

Najczęściej ocenie poziomu pielęgnowania podlegają takie elementy, jak:

- pomoc pacjentom w zaspakajaniu potrzeb biologicznych;
- zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego;
- pomoc w zaspakajaniu potrzeb psychicznych, emocjonalnych i społecznych;
- zachowanie przestrzegania praw pacjenta;
- udział w diagnozowaniu i leczeniu;
- obserwowanie reakcji pacjenta na chorobę i leczenie;
- prowadzenie rozmowy z pacjentem i jego rodziną;
- wykonywanie zabiegów pielęgniarskich;
- wykonywanie zleceń lekarskich;
- organizowanie opieki, jej ciągłości [3].

Opieka pielęgniarska obejmuje jeden z najszerszych obszarów świadczeń zdrowotnych realizowanych w najbliższym i najbardziej bezpośrednim kontakcie z pacjentem, dlatego ma ona bezpośredni wpływ na ogólny ich poziom. W praktyce efektywność i jakość opieki pielęgniarskiej są najczęściej wypadkową pracy i wzajemnych relacji członków zespołu terapeutycznego, dlatego kontrowersyjne jest oddzielanie jakości opieki pielęgniarskiej od ogólnego systemu jakości usług medycznych.

Na jakość opieki duży wpływ ma opracowanie i wykorzystanie w praktyce standardów pielęgnowania. W pielęgniarstwie polskim standardy postępowania są tworzone i wdrażane od wielu lat [3].

W ocenie jakości opieki wskazane jest wykorzystanie badań poziomu satysfakcji pacjentów. Poziom zadowolenia może odnieść się do wielu różnych stron opieki, m.in.: dostępności usług medycznych, sprawności organizacyjnej w udzielaniu świadczeń, stosunku personelu do pacjentów, wygody w korzystaniu z pomocy medycznej, zaufania pokładanego w personelu medycznym, uzyskanych efektów leczenia, warunków, w jakich udzielane są świadczenia oraz oczekiwań pacjentów [4].

Choremu nie wystarcza już doskonałość „techniczna” opieki w szpitalu. Pacjent bierze pod uwagę całe otoczenie, stosunek do niego personelu oraz często również relacje interpersonalne pomiędzy pracownikami szpitala. Pacjent obecnie stał się ekspertem od swoich potrzeb i oczekiwań, ekspertem, którego należy słuchać i liczyć się z jego sugestiami [5].

Personel pielęgniarski należy do głównych dawców usług medycznych - to właśnie ta grupa zawodowa najczęściej spotyka się z pacjentem i głównie z nią zachodzi proces dialogu. Postawa personelu pielęgniarskiego, jego zachowanie, sposób porozumiewania się z pacjentem, szanowanie jego praw, ale także materialne wyposażenie stanowisk pracy i nowoczesne jej narzędzia mogą stanowić o całkowitym zadowoleniu z całokształtu usług medycznych, jakiego pacjent jest lub był adresatem [6].

Mówienie i myślenie o jakości sprawowanej opieki powinno zawsze być impulsem do poszukiwania lepszych rozwiązań i ciągłego podnoszenia kwalifikacji. Podniesienie jakości usług stanowi odpowiedź na oczekiwania pacjentów [5].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka jelita grubego poddanym chemioterapii oraz uzyskanie odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

1. Czy personel pielęgniarski w odpowiednim zakresie przygotowuje pacjentów do chemioterapii oraz nadzoruje ich leczenie podczas pobytu w szpitalu?
2. Na jakim poziomie pacjenci oceniają pracę pielęgniarek pracujących na danym oddziale?
3. Czy w wyniku analizy ogólnej oceny pacjentów o pracy personelu medycznego koniecznym jest zwiększenie jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka jelita grubego na Oddziale Onkologii w Białostockim Centrum Onkologii?

Material i metoda

Badania przeprowadzono w Białostockim Centrum Onkologii za zgodą Dyrektora, wśród pacjentów leczonych w Oddziale Onkologii Klinicznej w okresie od grudnia 2016 do lutego 2017 roku. Grupę badaną stanowiło 70 chorych na raka jelita grubego w IV stopniu zaawansowania choroby poddanym leczeniu chemioterapii. Wszyscy respondenci byli objęci tygodniowym procesem hospitalizacji z powodu zastosowanego leczenia cytostatycznego. Badaniami objęto 28 kobiet i 42 mężczyzn. Badania przeprowadzono z zachowaniem anonimowości oraz przestrzeganiem zasad etycznych zgodnych z Deklaracją Helsińską. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, a narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Ankieta składała się z 38 pytań dotyczących bezpośrednio zagadnień niniejszej pracy, tj.: problemów pacjentów, ich zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, oczekiwań chorych wobec pielęgniarek i oceny ich pracy. Do kwestionariusza dołączono także metryczkę dotyczącą danych społeczno - demograficznych pacjenta (wiek, stan cywilny, miejsca zamieszkania, liczbę dzieci, sytuacji rodzinnej i materialnej, wykształcenia). Uzyskane wyniki poddano opisowej analizie statystycznej.

Wyniki

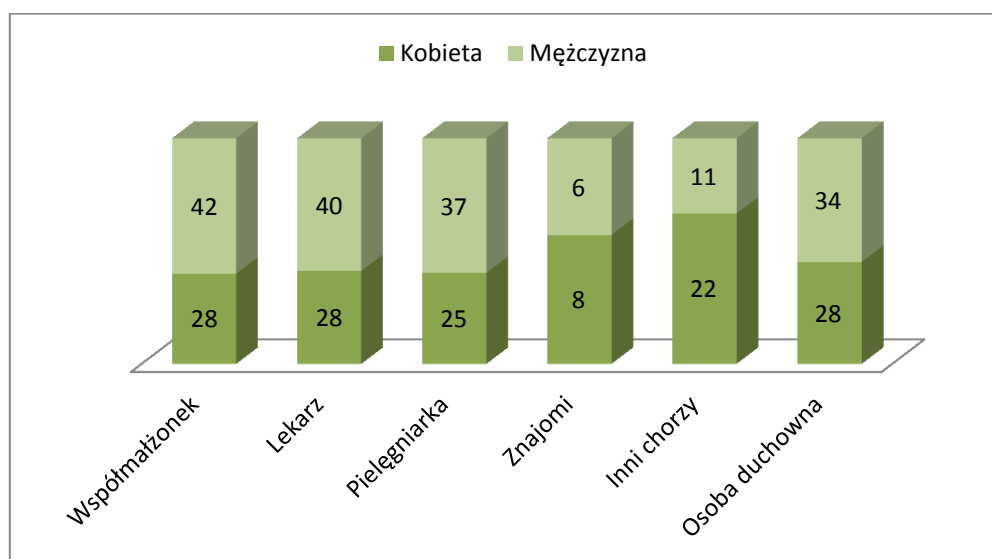
W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 70-ciu pacjentów – 28 kobiet i 42 mężczyzn. Ponad połowa ankietowanych kobiet i mężczyzn była w przedziale wiekowym 51-60 lat (53%). Na drugim miejscu w kolejności malejącej klasyfikowały się osoby z przedziału wiekowego 61-70 lat, gdyż stanowiły 27% ogółu badanych. Najmniej osób wzięło udział w badaniu z przedziału wiekowego 41-50 lat, bowiem stanowią oni zaledwie 6% badanej populacji. Ankietowanych z przedziałów wiekowych 31-40 lat i >70 lat była taka sama liczba – po 5 osób (7% ogółu badanych). Wykazano, że większość badanych osób posiadała wykształcenie średnie (36% ogółu badanych). Na kolejnym miejscu klasyfikowały się osoby z wykształceniem wyższym (27%) i zawodowym (26%), gdyż różnica pomiędzy nimi wynosiła tylko 1%. Najmniej osób biorących udział w badaniu miało wykształcenie podstawowe – 8 osób, co stanowiło 11% ogółu badanej populacji. Analiza statystyczna wykazała, że rodzaj wykształcenia respondentów nie miał istotnego wpływu na poziom oceny jakości opieki pielęgniarstwa nad chorymi na raka jelita grubego poddanymi chemioterapii. Wśród respondentów zdecydowaną większość stanowiły osoby zamieszkujące w mieście, 45 kobiet i mężczyzn, co stanowiło 64% badanej populacji. Osoby deklarujące wieś, jako miejsce zamieszkania, stanowiło 36% (25 osób).

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło sytuacji materialnej społeczeństwa, które wzięło udział w przeprowadzonym badaniu. Przedstawiono cztery warianty obecnej sytuacji materialnej ankietowanych. Najwięcej badanych osób w trakcie przeprowadzonego badania dobrą sytuację materialną, bowiem takiej odpowiedzi udzieliło 42 osoby, co stanowi 60% ogółu badanych. W pozostałych przypadkach zauważono zbliżony rozkład udzielonych odpowiedzi przez ankietowanych. Za obecnie występującą bardzo dobrą sytuacją materialną opowiedziało się 12 osób (17%), a za sytuacją niezadowolającą 11% ogółu badanej populacji. Najmniejsza liczba ankietowanych kobiet i mężczyzn uważała swoją sytuację materialną jako złą. Odpowiedzi takiej udzieliło 8 osób stanowiących 11% badanego społeczeństwa.

W przypadku choroby, na którą cierpieli ankietowani, dość istotna była ich sytuacja rodzinna. Przedstawiono trzy warianty odpowiedzi odnośnie zamieszkania osób chorych z rodziną. Analizując odpowiedzi ankietowanych stwierdzono, że największa ich liczba mieszkała z rodziną – łącznie 69% badanej populacji (18 kobiet i 30 mężczyzn). Najmniejsza była liczba osób samotnych. Zarówno w przypadku ankietowanych kobiet, jak i mężczyzn odpowiedź ta stanowiła po 6% ogółu badanych. Tylko 6 kobiet mieszkała samotnie, ale utrzymywały kontakt z rodziną. W grupie mężczyzn takich osób było o dwie więcej, co

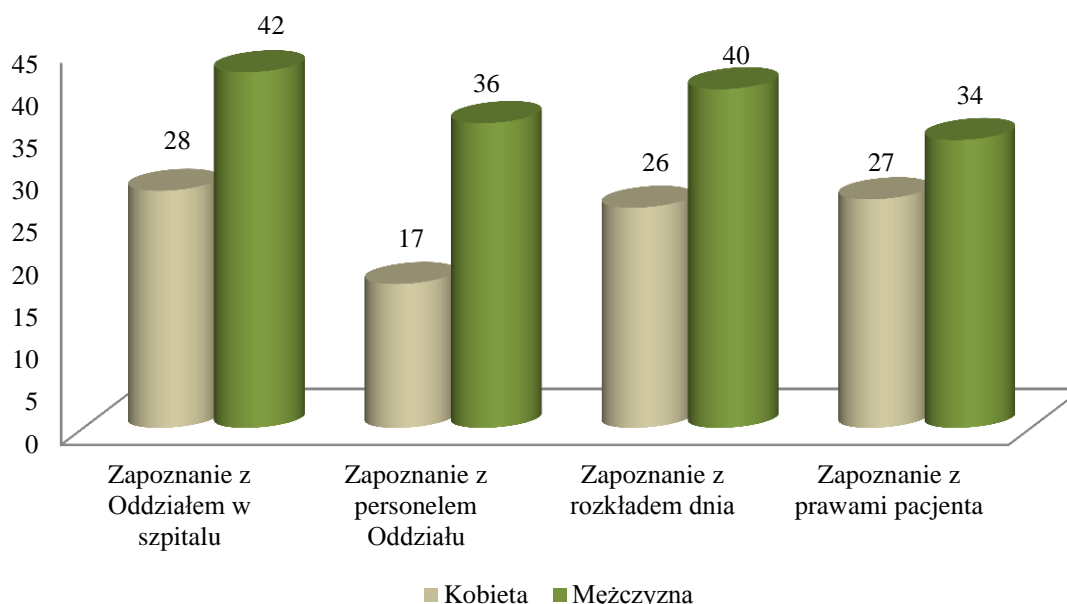
stanowiło 11% ankietowanych. Większość badanych osób deklarowało aktywność zawodową. W przypadku kobiet odpowiedzi takiej udzieliło 29% ogółu badanych, a w przypadku mężczyzn – 40% badanej populacji. W obu grupach najmniej było osób bezrobotnych – 1 kobieta i 3 mężczyźni. Rencistami były 4 kobiety i 4 mężczyźni, co stanowiło po 6% badanej populacji, tylko 3 kobiety deklarowały, iż są emerytkami.

Ankietowanych poproszono o wskazanie osób, z którymi chcieliby porozmawiać o swojej chorobie. Spośród wszystkich odpowiedzi na największe uznanie wśród badanych kobiet zasługiwali: współmałżonek, lekarz i osoba duchowna. Na drugim miejscu klasyfikowały się pielęgniarki, bowiem 25 kobiet chciało z nimi rozmawiać o nowotworze. Podobna zależność występowała w przypadku innych chorych osób, z którymi ankietowane kobiety również chętnie zasięgnęłyby porady odnośnie choroby i postępowania z nią. Zaledwie 11% kobiet chciałaby porozmawiać o swojej chorobie ze znajomymi. Podobne wyniki otrzymano w przypadku ankietowanych mężczyzn. Wszyscy chorzy płci męskiej deklarowali chęć rozmowy o swojej chorobie ze współmałżonkiem. Z lekarzem chciało rozmawiać 40 osób, co stanowiło 57% ankietowanych. Wysokie wyniki uzyskano w przypadku chęci rozmowy przez mężczyzn z pielęgniarkami – 53% ogółu badanych. Zarówno u ankietowanych kobiet, jak i mężczyzn dużą wiarygodnością odznaczała się osoba duchowna, ponieważ prawie połowa mężczyzn deklarowała chęć rozmowy z nimi o nowotworze (49% ogółu badanych). Analizując dwa pozostałe warianty odpowiedzi udzielonych przez mężczyzn stwierdzono, że inni chorzy (16%) i znajomi (9%) odgrywali mniejszą rolę w prowadzonych dyskusjach o nowotworze. Wyniki przedstawia Rycina 1.



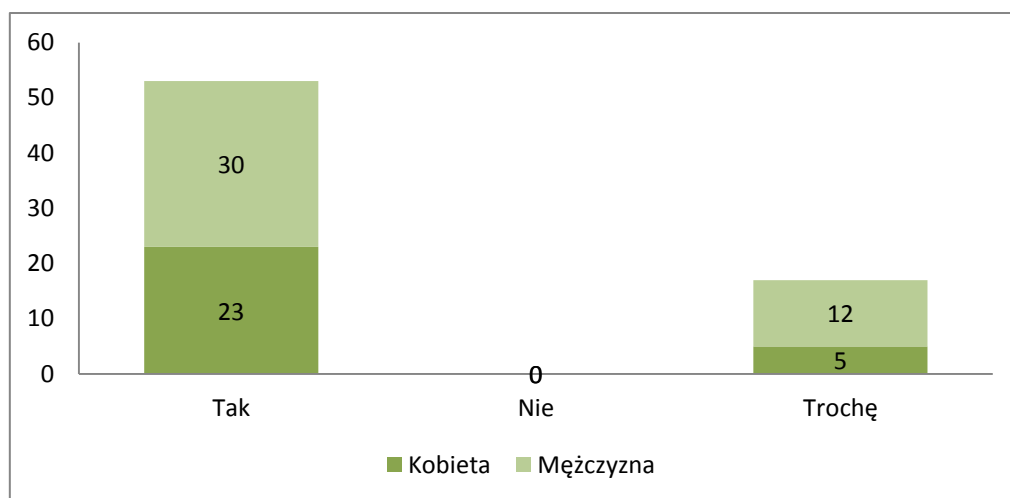
Rycina 1. Podział respondentów według preferencji, z kim najchętniej rozmawialiby na temat swojej choroby

Kolejne pytanie dotyczyło, w jaki sposób pielęgniarki udzieliły pomocy w trakcie pobytu pacjenta w oddziale podczas chemioterapii. Wszystkie ankietowane kobiety (28 osób) i mężczyźni (42 osoby) twierdzili, że pielęgniarki pomogły zapoznać się z topografią oddziału lub szpitala (Rycina 2). W pozostałych wariantach odpowiedzi również potwierdzały znaczny udział pielęgniarek w pomocy ankietowanym w trakcie hospitalizacji. W zapoznaniu z personelem oddziału pozytywną opinię wyraziło 24% ankietowanych kobiet i ponad połowa (51%) mężczyzn. W przypadku odpowiedzi świadczącej o zapoznaniu chorych z rozkładem dnia, opinię taką wyraża 26 kobiet i 40 mężczyzn, co stanowiło odpowiednio 37% i 57% badanej populacji. Ostatnią odpowiedź, jaką było zapoznanie z prawami pacjenta, deklarowało 27 kobiet i 34 mężczyzn (Rycina 2).



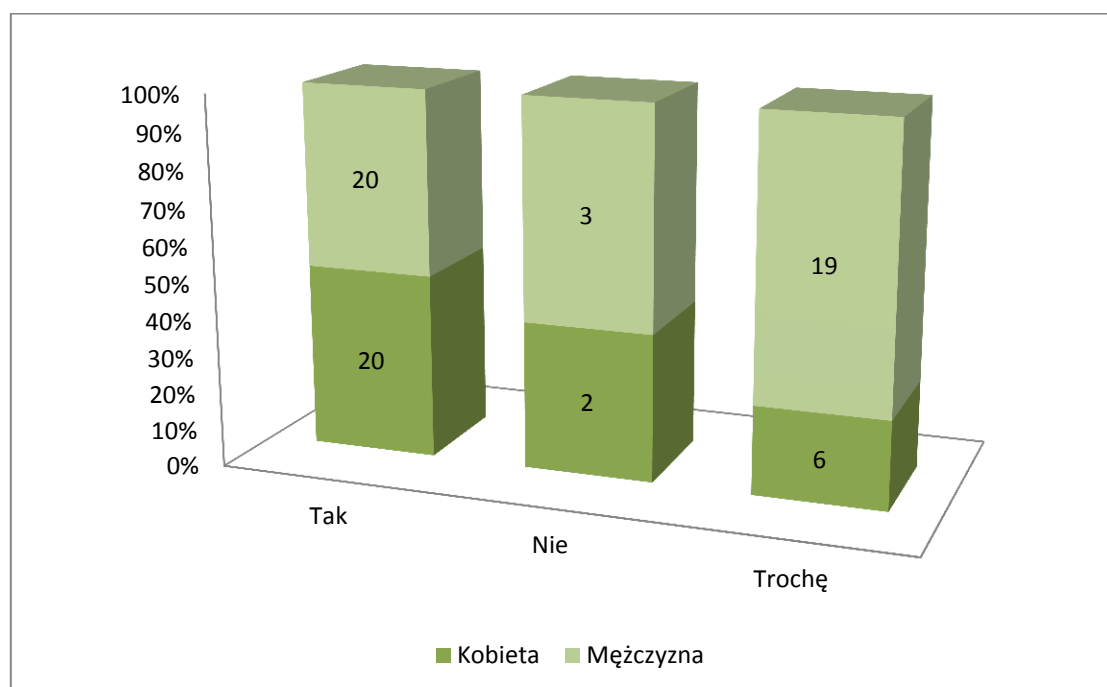
Rycina 2. Podział respondentów według tego, w jaki sposób pielęgniarki udzieliły pomocy w trakcie pobytu pacjenta w oddziale podczas chemioterapii

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o wskazanie czy pielęgniarka przygotowała ankietowanych do podania pierwszego kursu chemii. Zdecydowana większość kobiet i mężczyzn deklarowała, iż taką pomoc otrzymała od pielęgniarek. W obu przypadkach badanych grup nie stwierdzono odpowiedzi negatywnych. Kobiety twierdzące, że tylko trochę uzyskały pomocy od pielęgniarek stanowią 7% (5) ogółu badanych. Mężczyzn było nieco więcej, gdyż stanowili 17% (12) badanej populacji. Uzyskane wyniki przedstawia Rycina 3.



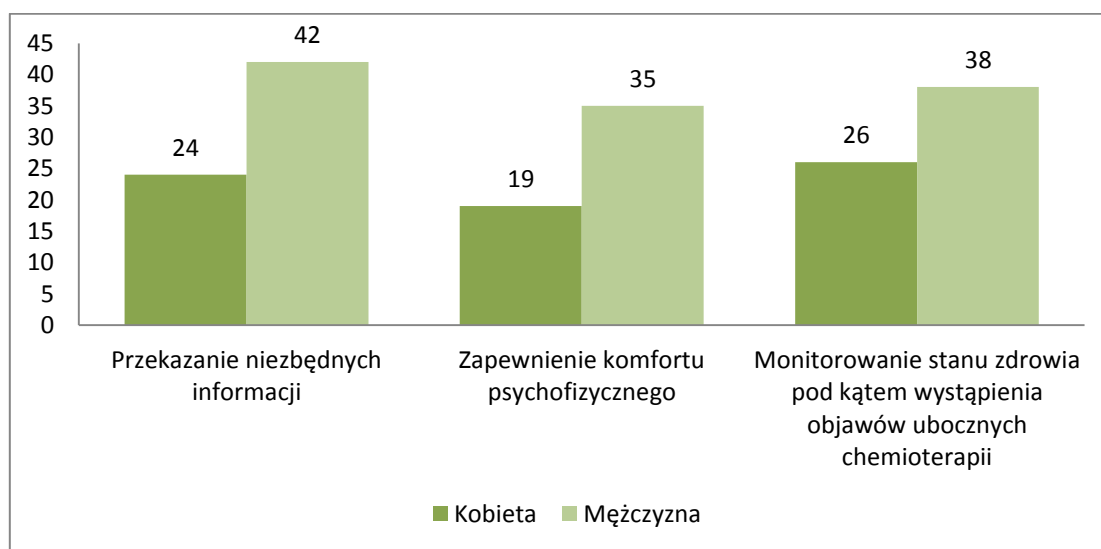
Rycina 3. Podział respondentów według stopnia przygotowania ich przez pielęgniarki do pierwszego kursu chemioterapii

Rycina 4 przedstawia wyniki odpowiedzi ankietowanych odnośnie udzielonej pomocy przez pielęgniarki w zlikwidowaniu obaw, które mieli chorzy przed zastosowaniem chemioterapii. Taka sama liczba kobiet i mężczyzn udzieliło pozytywnej odpowiedzi (po 20 osób). Nieznaczną otrzymaną pomoc deklarowało 9% (6) kobiet i 27% (19) mężczyzn. Odpowiedź negatywną wykazało 3% (2) kobiet i 4% (2) mężczyzn.



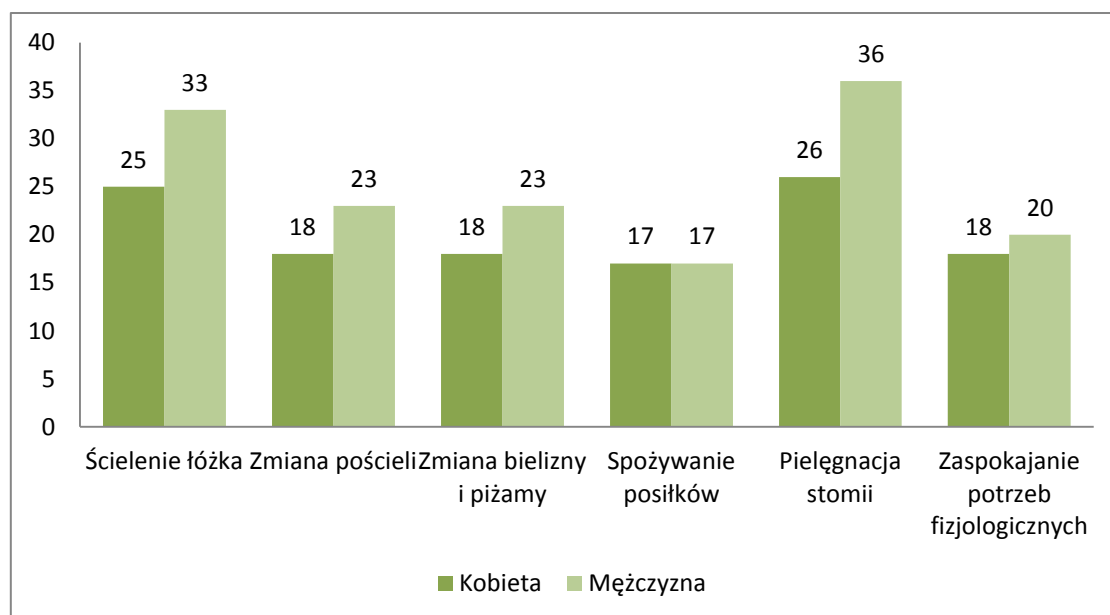
Rycina 4. Podział respondentów według stopnia zlikwidowania lęku przed chemioterapią w wyniku wyjaśnień pielęgniarek

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło sposobu i częstości zaspakajania potrzeb przez pielęgniarkę podczas przebiegu chemioterapii. Przekazanie niezbędnych informacji dla osób chorych na nowotwór podczas przyjmowania chemioterapii deklaruje 34% kobiet oraz 60% mężczyzn. W zapewnieniu komfortu psychofizycznego pielęgniarki pomagały dla 19 kobiet i 35 mężczyzn, co stanowiło odpowiednio 27% i 50% badanych. W przypadku ostatniej odpowiedzi, jaką było monitorowanie stanu zdrowia pod kątem wystąpienia objawów ubocznych chemioterapii, opinie ankietowanych były równie wysokie (37% kobiet i 54% mężczyzn). Wyniki przedstawia Rycina 5.



Rycina 5. Podział respondentów według sposobu i częstości zaspakajania potrzeb przez pielęgniarkę podczas przebiegu chemioterapii

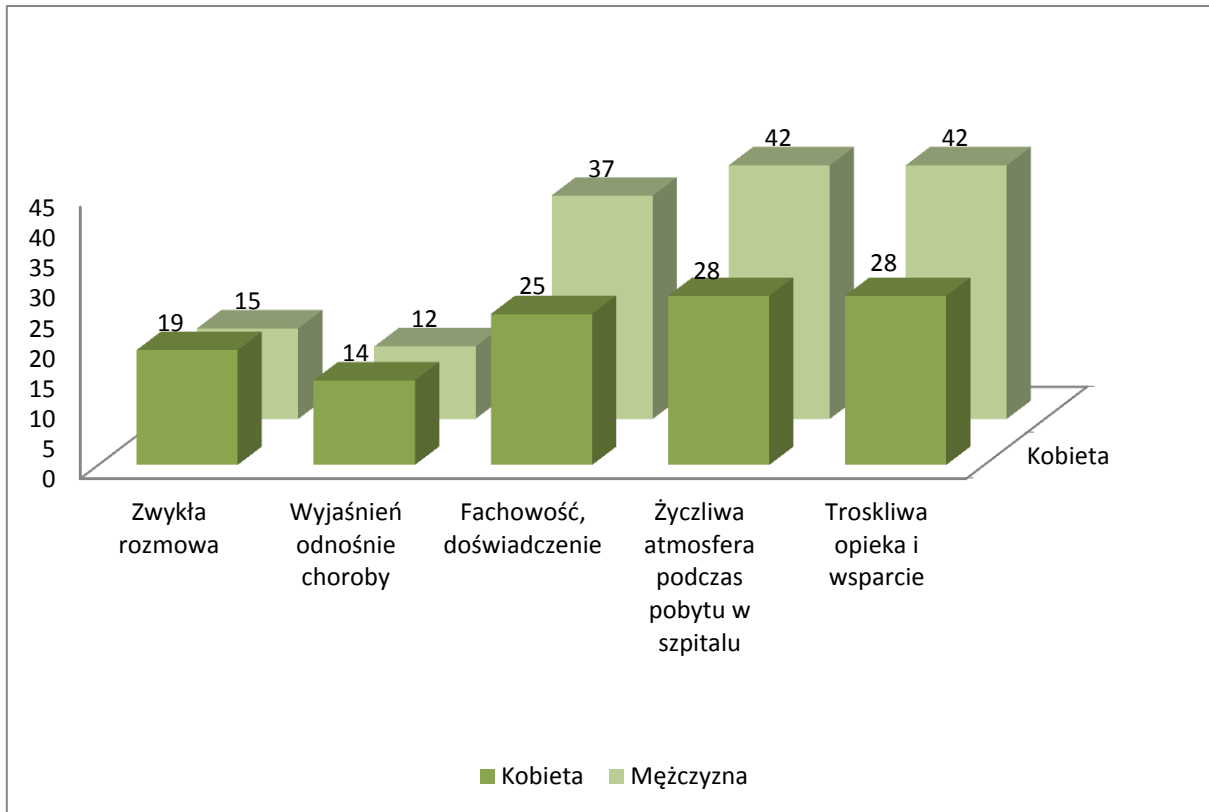
W pytaniu kolejnym respondenci zapytani byli odnośnie chęci udzielania pomocy przez pielęgniarki dla osób chorych przebywających na Oddziale. Najwyższą ocenę przyznano pielęgniarkom odnośnie pomocy w pielęgnacji stomii – 26 kobiet i 36 mężczyzn. Na drugim miejscu była pomoc w ścieleniu łóżka chorych. Takiej odpowiedzi udzieliło 25 kobiet i 33 mężczyzn, co stanowiło odpowiednio 36% i 47% ogółu ankietowanych. W obu wariantach odpowiedzi: pomoc w zmianie pościeli oraz pomoc w zmianie piżamy i bielizny, zauważono taki sam odsetek odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych (po 26% kobiet i po 33% mężczyzn). W dalszej kolejności klasyfikuje się pomoc pielęgniarska w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych pacjentów. Taką opinię wyraża 26% kobiet i 29% mężczyzn. Najmniejszą pomoc według badanych osób udzielają pielęgniarki podczas spożywania posiłków. Twierdziło tak 17 kobiet i 17 mężczyzn, co stanowiło po 24% ogółu badanej populacji. Wyniki prezentuje Rycina 6.



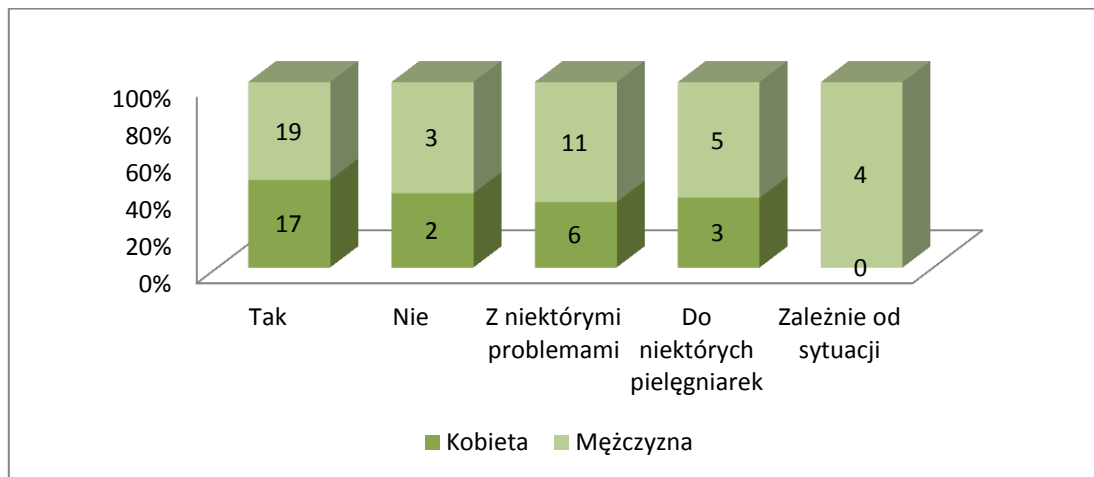
Rycina 6. Częstość pomocy udzielanej respondentom przez pielęgniarki w poszczególnych czynnościach codziennych

Hospitalizowani z powodu nowotworu ze strony pielęgniarek oczekiwali przede wszystkim empatii. Podczas pobytu w szpitalu najważniejsza dla chorych była życzliwa atmosfera oraz troskliwa opieka i wsparcie ze strony pielęgniarek. Tak uważało 100% wszystkich ankietowanych. Na kolejnym miejscu klasyfikuje się fachowość i doświadczenie pielęgniarek, bowiem opinię taką wyraziło 36% kobiet i 53% mężczyzn. Osoby chore na nowotwór potrzebowali również zwykłej rozmowy, 19 kobiet i 15 mężczyzn deklarowało taką potrzebę ze strony pielęgniarek. Na ostatnim miejscu klasyfikują się wyjaśnienia odnośnie choroby. Tylko 20% ankietowanych kobiet i 17% mężczyzn oczekiwało pomocy od pielęgniarek w tej kwestii. Wyniki przedstawia Rycina 7.

Na treść pytania: „Czy chętnie Pani/Pan zwracali się ze swoimi problemami do pielęgniarki?”. Większość kobiet (17 osób) i mężczyzn (19 osób) chętnie rozmawiała z pielęgniarkami o swoich problemach dotyczących choroby. Negatywną opinię wyraziły 2 kobiety i 3 mężczyzn, co w sumie stanowi 7% ogółu badanych. O niektórych problemach dotyczących nowotworu chciało rozmawiać z pielęgniarką 9% ankietowanych kobiet oraz 16% mężczyzn. Niewielka liczba osób spośród ankietowanej grupy wyraziła chęć rozmowy tylko z wybranymi pielęgniarkami: 3 kobiety i 5 mężczyzn. Dla 4 mężczyzn istotna była występująca obecnie sytuacja. Uzyskane odpowiedzi przedstawia Rycina 8.

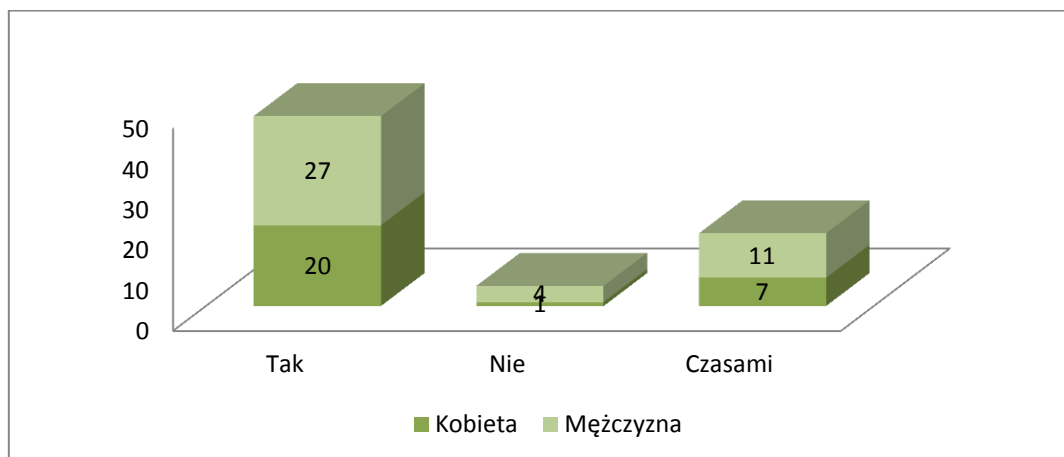


Rycina 7. Oczekiwania respondentów wobec pielęgniarek pracujących w Oddziale Onkologii Klinicznej Białostockiego Centrum Onkologii



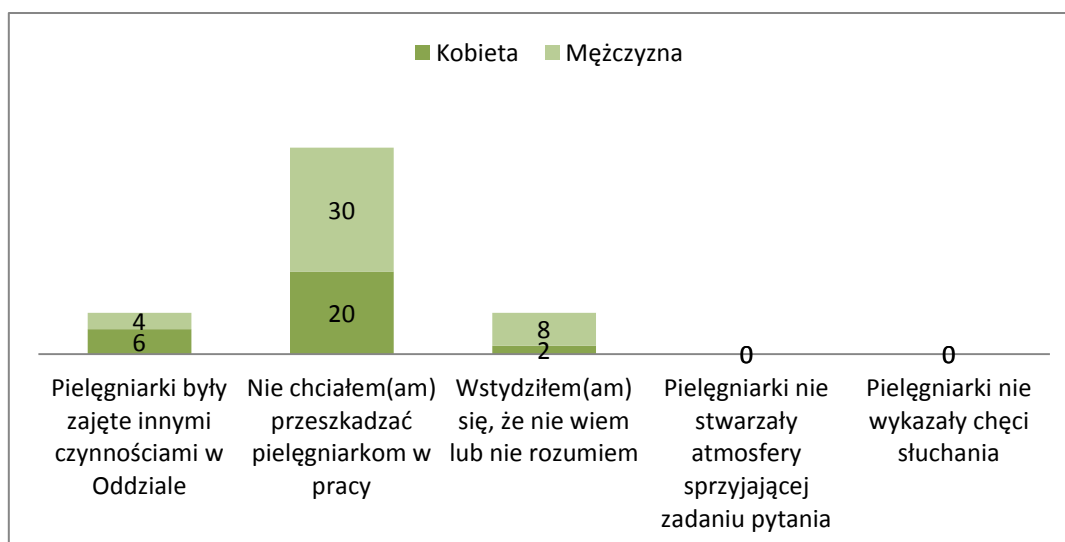
Rycina 8. Częstość i okoliczności zwracania się respondentów ze swoimi problemami do pielęgniarek

Rycina 9 przedstawia wyniki odpowiedzi osób biorących udział w przeprowadzonym badaniu na temat pozyskiwania dodatkowych informacji od pielęgniarek odnośnie przebiegu ich leczenia. Zdecydowana większość ankietowanych zasięgnęła takiej pomocy: 29% badanych kobiet oraz 39% mężczyzn. Odpowiedzi negatywnej w tej kwestii udzieliła tylko 1 kobieta i 4 mężczyźni. Podczas analizy ostatniej odpowiedzi stwierdzono, że jedynie 10% kobiet chciało tylko czasami dowiedzieć się więcej na temat przebiegu leczenia od pielęgniarek. W przypadku osób płci przeciwnej było to już 16% ogółu badanych.



Rycina 9. Częstość zwracania się respondentów z prośbą o dodatkowe informacje do pielęgniarek

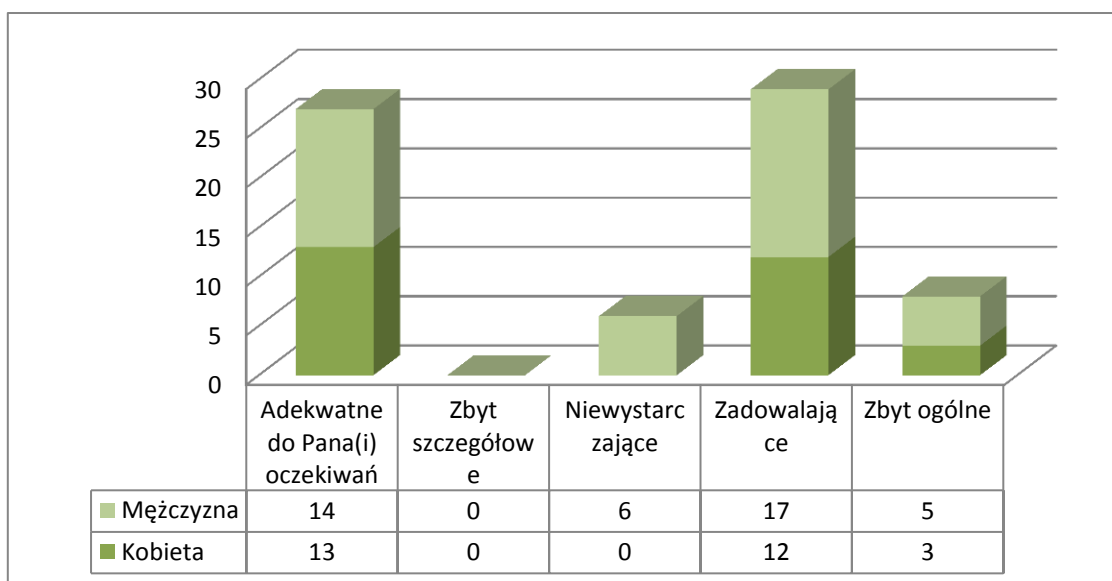
Kolejne pytanie dotyczyło powód nie proszenia o wyjaśnienie wątpliwości. Najwięcej ankietowanych nie prosiło o wyjaśnienia wątpliwości, ponieważ nie chciało przeszkadzać pielęgniarkom w pracy. Takiej opinii udzieliło 20 kobiet i 30 mężczyzn. Tylko 3% badanych kobiet wstydziło się przyznać do tego, że czegoś nie wie lub nie rozumie. W sytuacji mężczyzn takich osób było nieco więcej (11% ogółu badanych). Ankietowani twierdzili, że pielęgniarki były zajęte innymi pracami na oddziale i dlatego nie mogły porozmawiać o ich wątpliwościach odnośnie przebiegu leczenia. Całkowita ilość osób wyrażająca taką opinię wyniosła 10 osób, z czego 8% stanowiły kobiety a 6% ankietowani mężczyźni. Wyniki przedstawia Rycina 10.



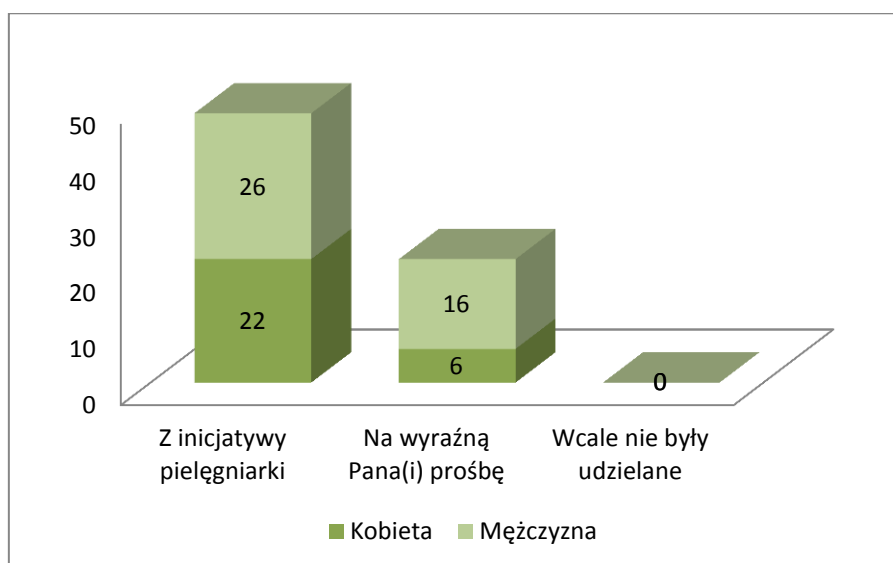
Rycina 10. Rodzaj i częstość występowania przyczyn, z powodu których respondenci nie zwracali się do pielęgniarek ze swoimi wątpliwościami

W pytaniu kolejnym zapytano respondentów o jakość udzielanych informacji przez pielęgniarki odnośnie przebiegu leczenia i pielęgnacji osób chorych. Na podstawie analizy wyników stwierdzono, że większość ankietowanych kobiet i mężczyzn uważała udzielanie informacji za zadowalające (41% wszystkich badanych) i adekwatnie do ich oczekiwań (39% ogółu badanych). Tylko 3 kobiety i 5 mężczyzn sądziło, iż informacje udzielane przez pielęgniarki na temat przebiegu leczenia i pielęgnacji są zbyt ogólne. Wśród ankietowanej grupy nie było kobiet, które twierdziłyby, że informacje są udzielane w sposób niewystarczający lub zbyt szczegółowy. W przypadku grupy mężczyzn odnotowano 6 odpowiedzi o niewystarczającej jakości udzielonych informacji przez pielęgniarki, natomiast nie było żadnej odpowiedzi o zbyt szczegółowym sposobie udzielania informacji (Rycina 11).

Kolejne pytanie w ankiecie dotyczyło udzielania informacji przez pielęgniarki pracujące na danym oddziale wyrażające własną inicjatywę lub na wyraźne prośby pacjenta. W większości analizowanych wyników zauważono wyrażanie własnej inicjatywy pielęgniarek udzielających informacji o przebiegu leczenia oraz o pielęgnacji ciała podczas choroby (łącznie 69% wszystkich badanych). Zaledwie 6 kobiet udzieliło odpowiedzi, że na wyraźną jej prośbę informacje takie zostały udzielone (9% ogółu badanych). Z grupy mężczyzn odnotowano 16 takich odpowiedzi. Stanowi to 23% badanej populacji. W ankiecie w ogóle nie wystąpiła odpowiedź o nie udzielaniu informacji przez pielęgniarki (Rycina 12).

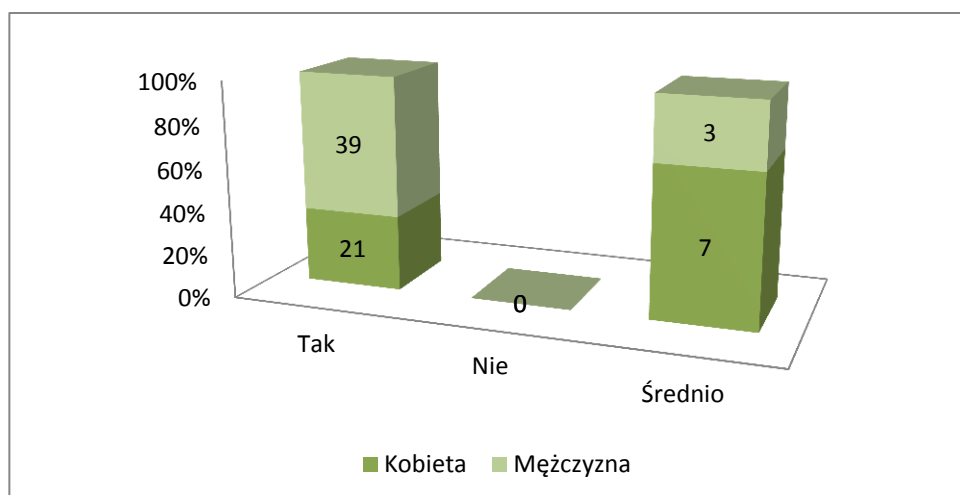


Rycina 11. Częstość poszczególnych odpowiedzi respondentów dotyczących usatysfakcjonowania informacjami udzielanymi przez pielęgniarki



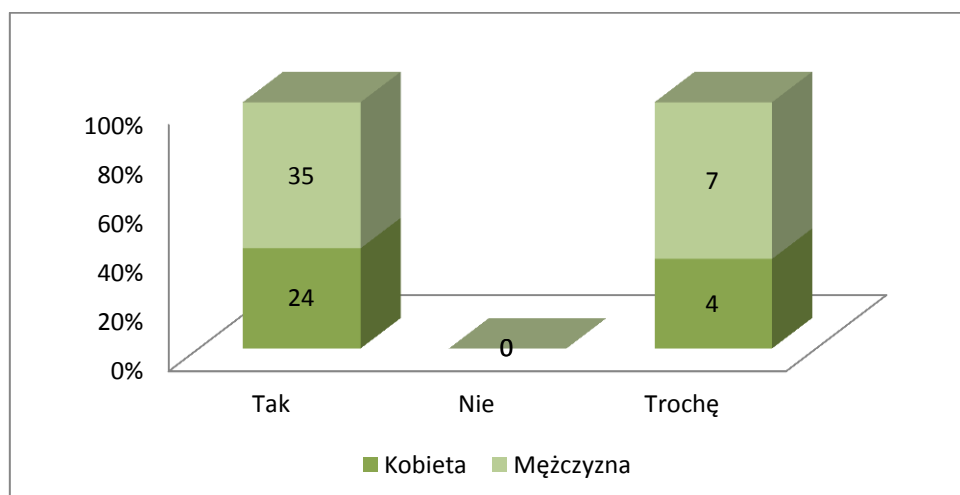
Rycina 12. Częstość odpowiedzi respondentów dotyczących inicjatywy pielęgniarek w udzieleniu informacji

Pytanie następne dotyczyło rozumienia przez respondentów informacji, które udzielały pielęgniarki w szpitalu. W przypadku kobiet informacje były zrozumiałe dla 30% badanych, a w przypadku grupy płci przeciwnej – 56% ogółu populacji. Nie odnotowano odpowiedzi negatywnej, a zatem w badaniu nie było żadnej osoby, która nie rozumiała treści przekazywanych informacji. W stopniu średnim informacje były zrozumiałe dla 7 kobiet oraz 3 mężczyzn, co stanowi w sumie 14% badanego społeczeństwa (Rycina 13).



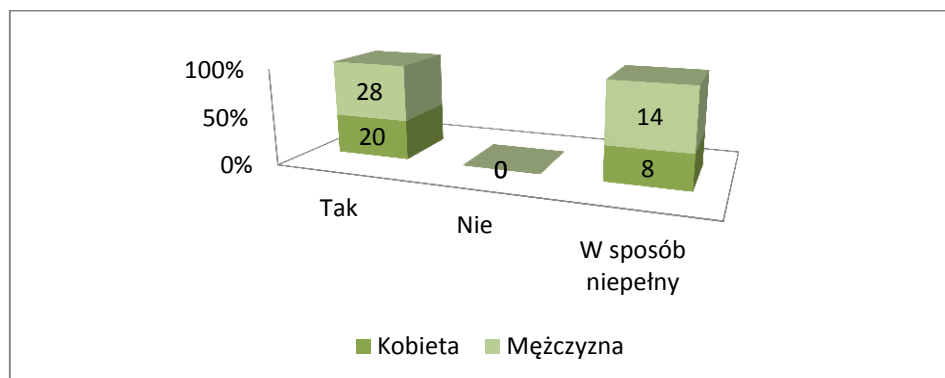
Rycina 13. Częstość odpowiedzi respondentów dotyczący oceny stopnia zrozumienia wyjaśnień udzielanych im przez pielęgniarki

Kolejne pytanie dotyczyło rozumienia potrzeb ankietowanych przez pielęgniarki pracujące na tym oddziale. Zdecydowana większość pacjentów wyraża rozumienie podstawowych potrzeb chorych przez pracujące w szpitalu pielęgniarki – 84% wszystkich ankietowanych. Odpowiedź negatywna w tej kwestii nie została udzielona. Jedynie 4 kobiety i 7 mężczyzn zadeklarowało, iż pielęgniarki w nieznaczny sposób rozumiały ich potrzeby (16% ogółu badanych). Wyniki przedstawia Rycina 14.



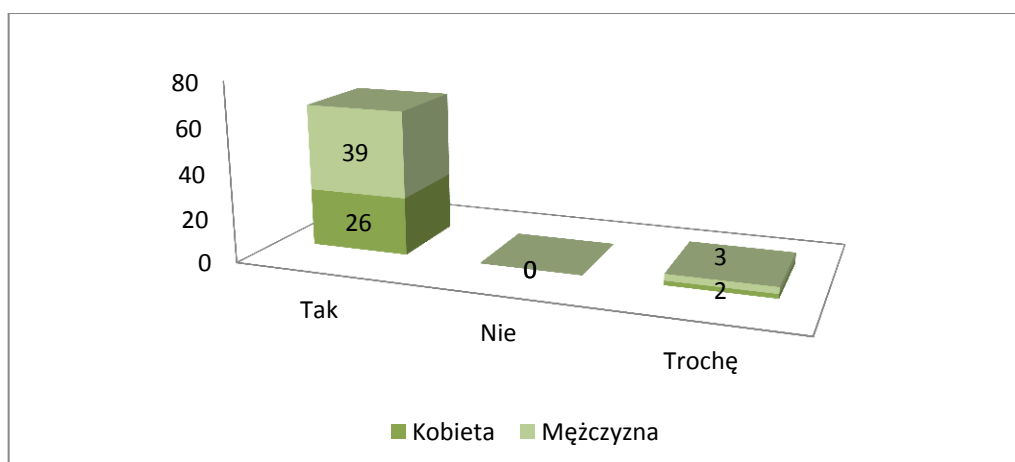
Rycina 14. Częstość odpowiedzi respondentów dotyczących rozumienia ich potrzeb przez pielęgniarki

Kolejne pytanie dotyczyło poinformowania pacjentów przez pielęgniarki o sposobach postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych podczas chemioterapii. 69% badanych pacjentów deklaruje, iż zostało poinformowanych o takim postępowaniu w trakcie przyjmowania chemioterapii (20 kobiet i 28 mężczyzn). Dostarczenie informacji w sposób niepełny stwierdziło 8 kobiet i 14 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 11% i 20% badanego społeczeństwa. W tym pytaniu odpowiedź negatywna nie pojawiła się. Wyniki przedstawia Rycina 15.



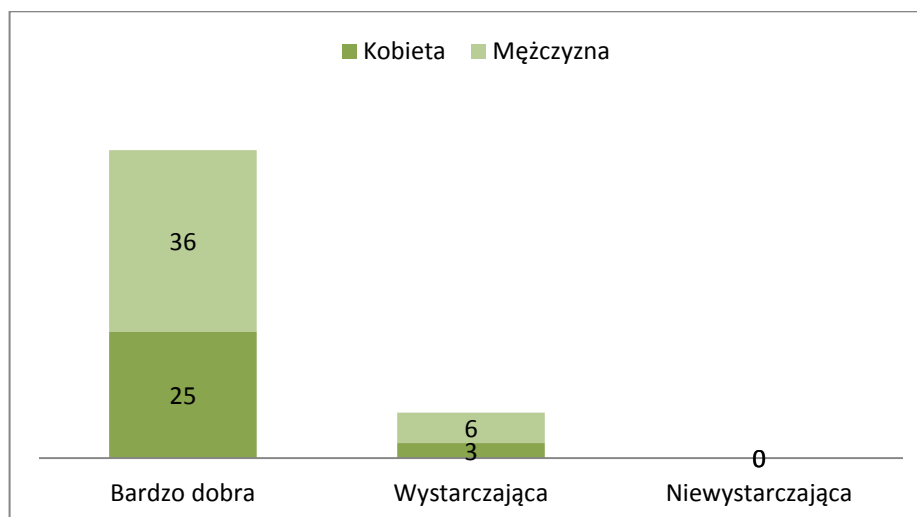
Rycina 15. Częstość informowania respondentów przez pielęgniarki odnośnie sposobów postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych

Logicznym było zadanie kolejnego pytania odnośnie zaufania pacjentów do pielęgniarek pracujących w szpitalu. Ankietowane kobiety w większości deklarują zaufanie do pielęgniarek – 26 osób (37% ogółu badanych). Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku mężczyzn – 39 osób (56%). Podczas analizy wyników nie odnotowano żadnej odpowiedzi negatywnej w tej kwestii, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Zaufanie w nieznacznym stopniu deklarują 2 kobiety i 3 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 3% i 4%. Wyniki przedstawia Rycina 16.



Rycina 16. Opinia respondentów według stopnia zaufania, jakim darzą pielęgniarki sprawujące opiekę w Oddziale Onkologii Klinicznej w Białostockim Centrum Onkologii

Ostatnie pytanie w ankiecie dotyczyło oceny opieki pielęgniarskiej na danym oddziale. 36% ankietowanych kobiet i 51% mężczyzn oceniało ich pracę jako bardzo dobrą. Wystarczającą opiekę pielęgniarską oceniło 6 mężczyzn i 3 kobiety, co stanowiło w sumie 13% ogółu populacji. Podczas analizy wyników nie stwierdzono występowania odpowiedzi negatywnej w obu badanych grupach. Wyniki przedstawia Rycina 17.



Rycina 17. Ocena opieki pielęgniarskiej w Oddziale Onkologii Klinicznej w Białostockim Centrum Onkologii wydana przez respondentów

Dyskusja

Wstępem do dyskusji, obrazującym jakość opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka jelita grubego poddanymi chemioterapią, były uzyskane wyniki przedstawiające ocenę pacjentów leczonych na Oddziale Onkologii Klinicznej z Białostockiego Centrum Onkologii.

Choroba nowotworowa ma wielki wpływ na funkcjonowanie organizmu człowieka, dlatego w badaniach często występują pytania dotyczące radzenia sobie z chorobą podczas przyjmowania chemioterapii oraz po zakończeniu leczenia.

W badaniach własnych 13% chorych objętych opieką stacjonarną deklarowało nieznaczną pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności. Duże ograniczenia w codziennych czynnościach wyraziło również 30% chorych na nowotwór z województwa małopolskiego [6]. Podczas choroby pacjenci zwykle mieli wsparcie osób najbliższego otoczenia. W badaniach 100% ankietowanych deklarowało wykazywanie chęci pomocy dla nich przez rodzinę oraz 97% chorym odczuło okazanie dla nich współczucia przez najbliższych. W badaniach Graczyk nieco mniej ankietowanych, bo 65% otrzymało wsparcie co najmniej od jednego członka rodziny [3]. Udział rodziny w okazywaniu wsparcia

deklarowało również 77% badanych pacjentów przez Dębską i wsp. [6] natomiast aż 17% badanych uważało, że ich kontakt z najbliższymi uległ pogorszeniu.

Osoby, które chorują na nowotwory, często przez długi okres czasu przebywają w szpitalach. Dlatego dla polepszenia ich komfortu oraz psychiki znaczącą rolę pełnił tutaj personel pielęgniarski. Społeczeństwo często wykazywało braki w wiedzy na temat ich choroby, a także oczekiwali od personelu medycznego odpowiedniego ich informowania oraz nauki życia z chorobą. Jak wykazano w badaniach własnych ankietowani z Białostockiego Centrum Onkologii byli zadowoleni z przekazywanych informacji przez pielęgniarki odnośnie przebiegu leczenia i pielęgnacji. Aż 41% ankietowanych uważało udzielenie informacji za zadowalające, a także adekwatne do oczekiwań pacjentów (39%). Zbliżone wyniki uzyskała w swoich badaniach Graczyk [3], gdyż 42% badanych deklarowała poinformowanie ich o rodzaju podjętego leczenia w sposób wyczerpujący. Zdecydowanie wyższy udział pacjentów odnośnie pozyskiwania informacji wykazała w swoich badaniach Dębska [6], ponieważ grupa badanych aż w 67% informacje o przebiegu chemioterapii uzyskiwała od lekarzy. Tylko 20% z tej grupy twierdziła, że potrzebne informacje uzyskała od pielęgniarek. Pacjenci ze szpitala znajdującego się w województwie małopolskim aż w 72% wskazali wystarczający sposób informowania ich odnośnie przebiegu i leczenia chemioterapią [6].

Z przeprowadzonych badań wynika, że 97% badanych deklarowało chęć rozmowy z lekarzem o ich chorobie. Wysokie notowania odnośnie tej kwestii uzyskano również w badaniach przeprowadzonych w ośrodku w Pile – 61% pacjentów uważało, iż prowadzenie rozmów o chorobie jest zdecydowanie wystarczające. Nieco niższy poziom w badaniach własnych odnotowano w przypadku prowadzenia rozmów z pielęgniarką – 89% chorych. Pacjenci z ośrodka w Pile wykazali zdecydowanie większą chęć rozmowy z pielęgniarką – ponad 80% ankietowanych deklarowało wystarczającą ilość przeprowadzonych rozmów z personelem medycznym.

Dla pacjentów przebywających w szpitalu dość istotną kwestią była odpowiednia komunikacja z personelem medycznym poprzez zapewnienie troskliwej opieki nad chorymi oraz okazywanie dla nich życzliwości i zrozumienia. W przeprowadzonych w Białostockim Centrum Onkologii 100% pacjentów deklarowało, iż od pielęgniarek oczekuje życzliwej atmosfery podczas pobytu w szpitalu oraz zapewnienie troskliwej opieki i okazywanie dla nich wsparcia. Również wysoki stopień zadowolenia z obsługi personelu medycznego ze szpitala w Pile deklarowało 84% pacjentów biorących udział w badaniu. Pacjenci z ośrodka we Włocławku w 74% oczekiwali od pielęgniarek życzliwości i troskliwości, a także

wsparcia (61% pacjentów) podczas pobytu na oddziale [5].

W badaniach własnych 87% wszystkich chorych zaopiniowało opiekę pielęgniarską na danym oddziale jako bardzo dobrą, natomiast w badaniach Graczyk zadowolonych z leczenia i opieki pielęgniarskiej było 94% pacjentów [3].

W badaniach własnych pozytywną opinię dla personelu medycznego wykazała również rodzina chorych, która w 95% oceniła opiekę pielęgniarską jako zadowalającą. Grabska w swoich badaniach wykazała, że 81% badanych pacjentów wyrażało pozytywną opinię odnośnie profesjonalnej pracy pielęgniarek [5]. Również w badaniach Manowiec [7] uzyskano podobną opinię na temat pracy pielęgniarek. Respondenci w przeprowadzonych badaniach własnych w 100% deklarowali sprawnie wykonywaną pracę pielęgniarek. Aż 88% pacjentów deklarowało, że obsługa pielęgniarek była delikatna. Badani oceniali pracę pielęgniarek w sposób pozytywny, uwzględniając również poszanowanie intymności pacjenta (41% badanych). Nie odnotowano chorych, którzy skarżyliby się na wykonywanie czynności przez pielęgniarki w sposób powolny, bądź zadając ból pacjentowi. W wysokim stopniu ocenili opiekę pielęgniarską na dobrym poziomie pacjenci w badaniach prowadzonych w ośrodku w Kraśniku (91% badanych). W ocenie pracy personelu pielęgniarskiego pacjenci wzięli pod uwagę ich uprzejmość, życzliwość oraz delikatność podczas wykonywania zabiegów. W szpitalu w Kraśniku pracę pielęgniarek najlepiej ocenili chorzy z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, bowiem badani w 100% wykazali zadowolenie z opieki. Spośród wszystkich badanych pacjentów (150 osób) nikt nie określił pracy pielęgniarek jako złej czy niezadowalającej [8]. W badaniach własnych aż 84% pacjentów określiło, że personel pielęgniarski rozumiał potrzeby chorych na nowotwór. W badaniach prowadzonych w Kraśniku również odnotowano wysoki stopień rozumienia potrzeb pacjentów przez pracujące pielęgniarki – 58% wydało ocenę bardzo dobrą, a 42% pacjentów oceniło ich pracę w stopniu dobrym [8]. Większość pacjentów (85%) ze szpitala w Kraśniku [8] zadeklarowało przekazanie praw pacjenta przez pielęgniarki, a w badaniach własnych 87% badanych. A zatem stwierdza się, że personel pielęgniarski dba o chorych przebywających na różnych oddziałach i przekazuje im informacje o prawach pacjenta. Ważnym dla pacjenta było również dbanie o chorych pod względem psychofizycznym. W badaniach własnych 77% ankietowanych pacjentów deklarowało otrzymanie pomocy od pielęgniarek w zakresie zapewnienia komfortu psychofizycznego. W przypadku badań Tofiluki wsp. [9] aż 56% badanych uzyskało taką pomoc od pielęgniarek pracujących w oddziale. W 26% wszystkich badanych odnotowano również pomoc pielęgniarską w organizacji czasu wolnego w trakcie pobytu na oddziale oraz wykonywaniu ćwiczeń relaksacyjnych.

W opiece pielęgniarek nad pacjentami istotna była również wiedza na temat chorób oraz posiadanie odpowiednich kwalifikacji w tym zakresie. Grabska [5] w swoich badaniach ukazała, że 21% pacjentów oczekuje od pielęgniarek odpowiedzialności oraz posiadanie bogatej wiedzy z zakresu nauk medycznych. W badaniach własnych aż 97% ankietowanych uważało, że pielęgniarki mają doświadczenie zawodowe i posiadają odpowiednią wiedzę w zakresie wykonywanej pracy. Badania z ośrodka we Włocławku wskazały, że zaledwie w 37% badanej populacji deklaruje oczekiwanie pomocy od pielęgniarek w wyjaśnianiu wątpliwości odnośnie choroby pacjentów. W badaniach własnych ponad 70% ankietowanych zadeklarowało, iż w wyjaśnianiu swoich wątpliwości głównie nie chce przeszkadzać w pracy pielęgniarkom. Zdecydowana większość ankietowanych w badaniach Połęczarz [10] twierdziło, że personel medyczny w szpitalu jest bardzo dobrze przygotowany oraz posiadał odpowiednie i wysokie kwalifikacje zawodowe. W badaniach własnych wykazano, iż o pomoc do pielęgniarek na Oddziale Onkologii w Białymstoku zwracało się 26% ankietowanych pacjentów. Jedynie o 1% (27%) więcej badanych prosiło o pomoc lekarza.

Ankietowani pacjenci lub członkowie ich rodzin ocenili w większości opiekę pielęgniarską jako dobrą (63%), a aż 28% badanych oceniali ją jako bardzo dobrą. Zarówno chorzy, jak i rodzina sprawująca opiekę nad nimi, wykazali znaczne zaufanie do pielęgniarek, gdyż wzrasta ono po odbyciu się kolejnych odwiedzin – na drugiej wizycie zaufanie do pielęgniarek wzrosło już o 6%. Wysoka liczba chorych wykazała zaufanie do personelu pielęgniarskiego w badaniach Tofiluki wsp. [9] aż 82% badanych zgłaszało się do personelu informując o występowaniu objawów podczas przyjmowania chemioterapii. W badaniach własnych ponad połowa ankietowanych (51%) wykazała chęć zgłaszania się do pielęgniarek ze swoimi problemami. Około 11% pacjentów wykazała chęć rozmowy tylko z niektórymi pielęgniarkami, a zaledwie 3% chorych na nowotwór deklarowało chęć rozmowy tylko z niektórymi pielęgniarkami, a 13% uważało, że zależy to od występującej sytuacji. Większość ankietowanych (63%) deklarowała, że zawsze mogli liczyć na rozmowę z personelem pielęgniarskim, jeżeli wystąpiłaby taka potrzeba [9].

Wnioski

1. Pielęgniarki na podstawie własnych obserwacji, wiedzy i doświadczenia udzielały informacji odnośnie zasad dotyczących codziennego trybu życia pacjentów, które pomogły przezwyciężyć objawy charakterystyczne dla leczenia chemioterapią, jak również w odpowiedni sposób nadzorowały przebieg leczenia chorych w szpitalu.

2. Pielęgniarkę postrzegano jako profesjonalistkę, która była kompetentna nie tylko w podejmowaniu niezależnych decyzji w zakresie pielęgnowania, ale także w sprawnym organizowaniu opieki, co budziło uznanie wśród jej podopiecznych.
3. Pacjenci ocenili opiekę personelu pielęgniarskiego na poziomie zadowalającym w zakresie udzielania informacji na temat przebiegu leczenia i pielęgnacji oraz występowania skutków ubocznych chemioterapii.
4. Niektóre działania prowadzone przez pielęgniarki mogły być nie do końca wykonane z oczekiwaniami pacjentów. Mogło to wynikać z nadmiaru obowiązków jakimi były obciążone. Dlatego należy dążyć do zwiększenia poprawy opieki nad chorym poprzez konieczność zatrudnienia większej ilości personelu pielęgniarskiego i pomocniczego.
5. Aby zadbać o odpowiednią komunikację i wzajemne zrozumienie się z pacjentem należy wdrożyć szkolenia podnoszące wiedzę pielęgniarek z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A.: *Medycyna Paliatywna*, PZWL, Warszawa 2015, 45-131.
2. Dorfmuller M., Dietzfelbinger H., Sęk H.: *Psychoonkologia Diagnostyka - Metody Terapeutyczne*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2011.
3. Graczyk A.: *Jakość życia chorych objętych opieką paliatywną domową i stacjonarną, a satysfakcja z opieki w ocenie chorego i bliskich*. Rozprawa Doktorska, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2012.
4. Trzebiatowski J.: *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*. *Hygeia Public Health*, 2011, 46, 25-31.
5. Grabska K., Stefańska W.: *Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów*. Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Włocławek 2009.
6. Dębska G., Czurka A., Cepuch G., Michalska G.: *Ocena funkcjonowania biopsychospołecznego pacjentów z rakiem jelita grubego w czasie chemioterapii*. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków 2011, 46-53.

7. Manowiec B.: Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona [w:] Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki, Bielawska J., Modl M., Wałęga - Szych D. (red.). Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica 2008, 109 - 118.
8. Furtak-Niczyporuk M., Kos M., Jurek A., Albinia M.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej z perspektywy pacjenta. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 31 -43.
9. Tofiluk J., Sierko E., Sokół M., Wojtukiewicz M.Z.: Ocena jakości opieki pielęgniarskiej nad chorymi na raka odbytnicy podczas radiochemioterapii uzupełniającej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19 (3), 378- 385.
10. Połączarz I.: Jakość pracy pielęgniarki w szpitalu [w:] Jakość życia ludzi chorych i przewlekle chorych a działania pielęgniarki, Bielawska J., Modl M., Wałęga Szych D. (red.). Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica 2008, 29-42.

**Żółkowska Anna¹, Snarska Katarzyna Krystyna¹, Kirpsza Bożena³,
Olejnik Beata⁴**

1. Absolwentka Studiów I stopnia Kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Rola pielęgniarki w procesie pielęgnacyjnym nad pacjentem ze złamaniem jarzmowo-szczękowo-oczodołowym po zabiegu operacyjnym

Wprowadzenie

Głowa składa się z dwóch głównych części: części mózgowej czaszki - czaszki mózgowej (*neurocranium*) oraz części twarzowej czaszki – trzewnej (*splanochocranium*). Część mózgowa jest puszką kostną zawierającą mózgowie. Wyróżnia się w niej dwie części: sklepienie, które jest wypukłe i gładkie, a także spłaszczoną podstawę czaszki. Anatomicznie jest ona zbudowana z ośmiu kości: kości czołowej, sitowej, klinowej, potylicznej, jak również z dwóch kości skroniowych oraz dwóch kości ciemieniowych. W chirurgii czaszkotwarzowej są używane dwa określenia: czaszka twarzowa (trzewna) bądź część twarzowa czaszki, a także twarz [1]. Czaszka twarzowa jest najbardziej wysuniętą do przodu częścią głowy, która tworzy jej przednią ścianę. Od przodu ma kształt owalny, u góry natomiast jest oddzielona od czaszki mózgowej linią włosów. W dole ograniczona jest od szyi fałdem bródkowo-szyjnym. Twarz jest z kolei częścią czaszki twarzowej położonej poniżej brwi [2, 3].

Górny masyw twarzy (GMT) anatomicznie odpowiada środkowemu piętru części twarzowej czaszki oraz jest zbudowany z 13 zespolonych ze sobą kości, wśród których wyłącznie lemiesz jest kością nieparzystą. Pozostałe kości to: kości nosowe, łzowe,

szczękowe, jarzmowe, podniebienne, a także małżowiny nosowe dolne. Kości te są parzyste i ułożone symetrycznie po bokach linii pośrodkowej. GMT jest podwieszony do przedniej połowy podstawy czaszki i połączony szwami z kością czołową, sitową oraz klinową. 13 zespolonych kości otaczają częściowo zatoki szczękowe, jamę nosową jak również wraz z żuchwą jamę ustną. Mają charakterystyczny układ przęseł sitowych (trajektorii), które zapewniają kostnemu szkieletowi twarzy swoistą sprężystość oraz oporność. Oceniając morfologiczno-czynnościową budowę GMT. Sicher, wyróżnił w tym obszarze trzy parzyste, symetryczne słupy, utworzone ze zgrubień kości zbitej i beleczek kości gąbczastej. Trzy pary słupów Sichego rozpoczynają się na podstawie wyrostków żębołowych szczęki, a także biegną ku górze, do podstawy czaszki, gdzie łączą się z odpowiednimi łukami podporowymi Felizeta. Są to słupy: kłowy, jarzmowy oraz skrzydłowy [4]. Miejsca połączeń słupów Sichego oraz łuków podporowych Felizeta odpowiadają zwornikom szkieletu czaszkotwarzowego [5].

Żuchwa (mandibula) położona jest w dolnej części twarzy i jest jedyną ruchomą, a przy tym największą i najmocniejszą kością, leżącą najniżej spośród pozostałych kości szkieletu czaszkotwarzowego. Dzięki swojemu przestrzennemu położeniu tworzy dolny masywa twarzy (DMT). Wyróżnia się w niej trzy części: trzon (corpus mandibulae) oraz dwie boczne gałęzie (rami mandibulares) [6, 7].

Mechanizmy powstania urazu twarzoczaszki

Złamania szkieletu czaszkowo twarzowego powstają w dwóch mechanizmach, które łączą się bądź nie w ramach tego samego urazu. Są to:

- Mechanizm bezpośredni – w wyniku zmiżdżenia. Złamania powstające w tym mechanizmie są wywołane gwałtownymi urazami o dużej sile padającymi najczęściej wprost na zakończenia przęseł oporowych bądź zderzaków szkieletu czaszkowo twarzowego [8, 9].
- Mechanizm pośredni – w wyniku wyprostowania fizjologicznych krzywizn szkieletu. Złamania powstające w owym mechanizmie występują najczęściej na poziomie sklepienia czaszki oraz promieniują na jej podstawę [8].

W traumatologii czaszkowo twarzowej istotnym jest ustalenie strefy przyłożenia urazów:

- Kierunku padania urazu
- Punktu oraz powierzchni przyłożenia urazu w anatomicznym obszarze szkieletu czaszkowo twarzowego
- Siły urazu [10].

Strefę przyłożenia urazu w obszarze szkieletu czaszkowo twarzowego odnosi się do jego powierzchni czołowej, co umożliwia określenie kierunku, punktu, a także powierzchni przyłożenia urazu według dwóch osi: pionowej i poziomej. W osi pionowej wyróżnia się trzy podstawowe typy urazów:

- Wysoki (czaszkowy) – uraz pada na obszar sklepienia czoła, guzów czołowych, łuków brwiowych lub gładzizny
- Niski (twarzowy) – uraz jest przyłożony w jakimkolwiek punkcie GMT lub DMT i dotyczy żuchwy
- Globalny (czaszkowo twarzowy) – uraz od dużej sile i szerokiej powierzchni przyłożenia łączy w sobie dwa ww. podtypy (wysoki oraz niski).

W osi poziomej z kolei wyróżniamy dwa typy urazów:

- Centralny – obejmuje środkową część sklepienia czoła, gładziznę, piramidę nosa, okolice przysieczną i żuchwę
- Boczny – obejmuje guz czołowy, łuk brwiowy, górny brzeg oczodołu, wyrostek jarzmowy kości czołowej, boczny oraz dolny brzeg oczodołu, kość jarzmową, a także żuchwę [11].

Rozwinięcie

Złamanie jarzmowo-szczękowo-oczodołowe (ZSJO) – istota

Kość jarzmowa, która jest położona bocznie w stosunku do pozostałych części twarzy, a przy tym posiada mocną konstrukcję, pełni rolę amortyzatora, który skupia na sobie większość urazów padających z boku oraz z dołu. Wyłamany odłamek kostny, w związku z urazem, może przemieścić się do dołu, do tyłu, przysiadkowo, bocznie, a także skrócić się wokół poziomej bądź pionowej osi. Szczelina złamania przebiega przez dno oczodołu, krzyżuje się z jego dolnym brzegiem, by następnie zejść przez przednią ścianę szczęki do

grzebienia jarzmowo - zębodołowego, zakręcić ku górze, opasując od dołu trzon kości jarzmowej i powrócić po tylnej ścianie szczęki do punktu wyjścia. Dodatkowe złamania mogą docierać do bocznego brzegu oczodołu, a także do łuku jarzmowego. W wyniku owego przebiegu linii złamań powstaje odłamek lub też wiele odłamów kostnych, zawierających w swojej masie kość jarzmową, część szczęki, często łuk jarzmowy, a dodatkowo fragmenty kości klinowej oraz czołowej. Z tego też powodu złamania takie określa się jako złamania jarzmowo-szczękowe, zespolone złamania jarzmowo-szczękowe, złamania kompleksu jarzmowego, załamania jarzmowo-oczodołowe, a także jarzmowo-szczękowo-oczodołowe [12, 13].

Obraz kliniczny ZSJO

W pierwszym dniach po urazie krwiak wewnątrzoczodołowy oraz obrzęk, który szczelnie zaciska szparę powiekową, a także obrzmienie licznych tkanek maskują uszkodzenia kostne i towarzyszące im powikłania okulistyczne, ujawniające się po ich ustąpieniu [14].



Fotografia 1. Odczyny tkanek miękkich okolic oczodołowych – krwiaki okularowe

Źródło: materiał własny

Charakterystyczną cechą ZSJO jest złamanie dna oczodołu. W zależności od typu urazu na dnie oczodołu powstają ubytki kostne. Przez owe ubytki tkanki oczodołowe wypadają do światła zatoki szczękowej. Jeżeli wypadające tkanki przepuklinowe, zakleszczą się między odłamkami kostnymi, bądź zostaną uchwycone przez masywne zrasty (Fotografia 2) dochodzi do zablokowania aparatu ruchowego gałki ocznej.



Fotografia 2. Zakleszczenie przepukliny oczodołowej w ZJSO

Źródło: materiał własny

Klinicznie sytuacja ta objawia się poprzez zaburzenia czynnej i biernej ruchomości gałki ocznej, najczęściej ku górze i do dołu oraz podwójne widzenie [15]. Owe podwójne widzenie jest ważnym objawem patologicznym, który świadczy o złamaniu dna oczodołu i zablokowaniu w ognisku złamania włókien ścięgnisto-rozścięgowych aparatu ruchowego oka. Drugim bardzo ważnym objawem jest zapadanie się gałki ocznej w głąb oczodołu (Fotografia 3).



Fotografia 3. Enoftalmia i brak czynnej ruchomości prawej gałki ocznej ku górze w ZJSO

Źródło: materiał własny

ZSJO bardzo często dochodzi do bezpośrednich bądź pośrednich (ze względu na przemieszczające się odłamy kostne) pourazowych zewnątrz- i wewnątrzgałkowych uszkodzeń [4, 6].

W skutek wielołamowych załamania, czy też zmiążdżenia masywu jarzmowo-szczękowego dochodzi do wyłamania oraz przemieszczenia wyrostka zębodołowego szczęki, w skutek czego powstają nieprawidłowości zgryzowe, które występują po stronie złamania. Podstawą radiologicznej oceny uszkodzeń związanych z ZSJO są radiogramy lub tomografia komputerowa w projekcji 3D p-a czaszki [16].

Leczenie złamań jarzmowo-szczękowo-oczodołowych

Złamania bez przemieszczeń odłamków kostnych, a także wolne od powikłań są wskazaniem do wdrożenia terapii zachowawczej. Postępowanie ze złamaną kością jarzmową obejmuje następujące etapy: nastawienie złamania, unieruchomienie odłamków, usunięcie towarzyszących powikłań, a w przypadku ZSJO odtworzenie ciągłości dna oczodołu [5, 17].

Obecnie wyróżnia się dwa sposoby chirurgicznego leczenia złamań: repozycję zamkniętą oraz otwartą. Repozycja zamknięta polega na uzyskaniu pośredniego dostępu do odłamu poprzez pojedyncze cięcia lub nakłucia, by następnie za pomocą odpowiednio skonstruowanego instrumentu (dźwignia lub hak), nastawić go w położeniu anatomicznym i ewentualnie unieruchomić w aparacie ortopedycznym. Repozycja otwarta natomiast polega na uzyskaniu chirurgicznego dostępu do szczeliny złamania, nastawieniu odłamów, a także unieruchomieniu ich za pomocą wprowadzonych do światła zatoki szczękowej elementów podpierających, szwów kostnych bądź wykonaniu zespolień płytkowych. Leczenie powinno zmierzać do odtworzenia pierwotnej spójności mechanicznej kośćca. Istnieje 6 miejsc, w których można przeprowadzić i skontrolować nastawienie kości jarzmowej: grzebień jarzmowo - zębodołowy, boczna ściana oczodołu, dolny brzeg oczodołu, łuk jarzmowy, szew jarzmowo - czołowy oraz dolna ściana oczodołu. Najpewniejszymi miejscami do wykonania zespolenia są analogicznie: szew jarzmowo - czołowy, grzebień jarzmowo - zębodołowy, łuk jarzmowy i dolny brzeg oczodołu [8, 15].

Bezwzględne wskazania do chirurgicznego leczenia ZJSO:

- czynnościowe zaburzenia układu wzrokowego (trwale utrzymujące się podwójne widzenie, en oftalmia, obniżenie gałki ocznej)
- szpecąca asymetria oraz boczne zniekształcenie twarzy i nieprawidłowość zgryzowe spowodowane pourazowym zmiążdżeniem masywu jarzmowo-szczękowego
- upośledzenie odwodzenia żuchwy.

Względne wskazania do podjęcia chirurgicznego leczenia:

- asymetria twarzy
- niedoczulica obszaru unerwionego przez nerw podoczodołowy [9].

Okres okołoperacyjny

Po zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia chirurgicznego na podstawie badania klinicznego oraz badań radiologicznych, wprowadza się schemat postępowania, który obejmuje:

- wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych
- diagnostykę radiologiczną części twarzowej czaszki z uwzględnieniem TK, MR i rekonstrukcji 3D
- konsultację okulistyczną z badaniem strobologicznym i oftalmometrycznym
- konsultację laryngologiczną
- konsultację neurochirurgiczną bądź neurologiczną
- konsultację internistyczną w przypadku wskazań ogólnych
- zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej
- EKG
- Wykonanie testu ruchomości gałki ocznej (przed i po zabiegu) [16].

Postępowanie pooperacyjne obejmuje schemat wypracowany na podstawie wieloletnich doświadczeń i obejmuje:

- na dobę przed planowanym zabiegiem zlecano antybiotyk mający powinowactwo do kości
- w zabiegach przeprowadzanych ze wskazań nagłych antybiotyk podaje się przed rozpoczęciem zabiegu operacyjnego
- pacjent dwie doby po operacji otrzymuje preparaty sterydowe
- do worka spojówkowego zakrapla się 3 raz dziennie krople z antybiotykiem
- po 48 godzinach od zabiegu zakłada się lekki opatrunek bez ucisku, który jest zalecany na noc
- po upływie 48-72 godzin stosuje się ćwiczenia ortoptyczne
- chory jest konsultowany okulistycznie, zostaje przeprowadzone ponownie badanie strobologiczne i oftalmometryczne
- zaleca się kontrolne badanie TK, rekonstrukcję 3D oraz RM [17].

Cel pracy

Celem pracy było zdiagnozowanie problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z ZJSO

Material i metody

Badaniem został objęty 36 letni pacjent przyjęty do Kliniki Chirurgii Szczękowej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu urazu twarzy w następstwie złamania jarzmowo – szczękowo - oczodołowego.

W postępowaniu badawczym zastosowano następujące metody:

- wywiad pielęgniarSKI
- obserwacja pielęgniarSKa
- analiza dokumentacji medycznej
- pomiary.

Wyniki

Opis przypadku

Badaniu poddano pacjenta Krzysztofa B., lat 36, zamieszkałego we wsi. Pacjent jest żonaty, pracuje i utrzymuje się z gospodarstwa rolnego. Pacjent o średniej budowie ciała, wskaźnik BMI – 25, wzrost 176. Nigdy poważnie nie chorował, wcześniej nie był hospitalizowany, w najbliższej rodzinie nie występowały choroby o charakterze społecznym.

Krzysztof B. uległ wypadkowi w czasie jazdy rowerem. Padając uderzył się o twarde podłoże. Przytomności nie utracił. Uraz jakiego doznał dotyczył twarzoczaszki – okolicy prawego policzka i oczodołu po tej samej stronie. W krótkim czasie po urazie wystąpił obrzęk tej okolicy, krwiak okularowy, wylewy podspojówkowe gałki ocznej prawej, podbiegnięcia krwawe okolicy oczodołu.

Pacjent zgłosił się do Poradni Kliniki Chirurgii Szczękowo – Twarzowej i Plastycznej, gdzie został poddany ocenie klinicznej wykazującej: podbiegnięcia krwawe okolicy oczodołu, diplopię – podwójne widzenie, szczególnie przy patrzeniu do dołu oraz ograniczenie ruchomości gałki ocznej przy patrzeniu ku górze. Zlecono wykonanie badania tomografii komputerowej. W obrazie TK uwidoczniono: szczeliny złamania w rzucie szwu jarzmowo – szczękowego i jarzmowo – czołowego po stronie prawej, przemieszczenie odłamów kostnych, przepuklinę oczodołu po tej samej stronie. Na podstawie badań klinicznych i radiologicznych zakwalifikowano pacjenta do hospitalizacji i zabiegu operacyjnego. Następnie pacjent został przyjęty do Kliniki Chirurgii Szczękowo – Twarzowej

i Plastycznej z rozpoznaniem złamania jarzmowo – szczękowo – oczodołowego po stronie prawej (ZJSO). Zlecono wykonanie: EKG, Rtg kl. Piersiowej, morfologii z rozmazem, elektrolitów: Na, K, układu krzepnięcia: czas rekalcynacji, APTT + R, ogólne badanie moczu.

Założono kontrolę RR, HR 2 razy / dobę, wdrożono systematyczne stosowanie okładów z 3% kwasu bornego na prawy oczodoł, krople z Biodacyny do prawego worka spojówkowego 3 razy/dobę. Pacjentowi założono wkłucie obwodowe, na zlecenie lekarza prowadzącego rozpoczęto antybiotykoterapię dożylną – stosowano Biofazolin 1,0g. 2 razy /dobę oraz podawanie leków uszczelniających śródbłonek naczyń krwionośnych – Calcium „Polfa” 2 razy ½ amp. i.v./dobę, Witaminy „C” 2 razy 500 mg. /dobę.

Na podstawie uzupełnionych badań klinicznych i radiologicznych zakwalifikowano pacjenta do zabiegu operacyjnego.

W przeddzień zabiegu rozpoczęto przygotowanie pacjenta – uprzedzając o konieczności pozostania na czczo od godziny 24.00 do momentu zabiegu. Zalecono przeprowadzenie toalety ciała i jamy ustnej. O godzinie 7.00 podano premedykację doustną – 7,5 mg tabl. Dormicum zleconą przez anestezjologa, uprzedzając o konieczności pozostania w łóżku i objawach związanych z działaniem podanego leku. Pacjenta przebrano w bieliznę operacyjną i o godz. 10.30 przetransportowano na blok operacyjny. Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym, z intubacją dotchawiczą, trwał ok. 1,5 godziny.

Cięciem chirurgicznym podrzęsowym odsłonięto część przednią ściany szczęki, uwidaczniając szczelinę złamania w rzucie szwu jarzmowo – szczękowego, następnie odprowadzono przepuklinę stwierdzając ubytek 1 x 1cm. tkanki kostnej oczodołu.

Wykonano cięcie w obrębie łuku brwiowego po stronie prawej uwidaczniając szczelinę złamania w obrębie bocznego obrzeża oczodołu. Odłam kostny z kością jarzmową zreponowano i ufiksowano płytkami tytanowymi z użyciem wkrętów tytanowych. Ubytek dna oczodołu uzupełniono przeszczepem kostnym z talerza biodrowego. Rany zszyto warstwowo, założono opatrunki chirurgiczne (Fotografia 4, 5, 6).



Fotografia 4. Cięcie chirurgiczne – podrzęsowe (uwidoczniony ubytek kostny w obrębie dna oczodołu)

Źródło: materiał własny



Fotografia 5. Ubytek kostny dna oczodołu odtworzony przeszczepem z talerza biodrowego

Źródło: materiał własny



Fotografia 6. Rana chirurgiczna zaopatrzona szwem ciągłym

Źródło: materiał własny

Pacjent objęty został ścisłą obserwacją pod kątem powikłań związanych ze znieczuleniem ogólnym, ewentualnym krwawieniem pooperacyjnym. Monitorowano powrót świadomości, dolegliwości bólowe – reakcję pacjenta na podawane analgetyki, kontynuowano profilaktykę infekcji ran pooperacyjnych i leczenie przeciwobrzękowe. Wyrównywano bilans przyjętych płynów nawodnieniem dożylnym. Obserwowano powrót diurezy. Pacjent wymagał stałej i ciągłej pomocy, w III dobie rozpoczęto stopniowe uruchamianie. Dużym problemem były znaczne dolegliwości bólowe oraz narastający obrzęk operowanego oczodołu.

W 7 dobie pooperacyjnej pacjentowi usunięto szwy z okolicy oczodołu, w 10 dobie z okolicy biodra po pobraniu przeszczepie. Po 10 dniach leczenia i rekonwalescencji pacjent został wypisany z oddziału w stanie zdrowia dobrym. Otrzymał zalecenia dotyczące dalszego postępowania z okolicą pooperacyjną i zgłoszenia się do Poradni Przyklinicznej za dwa tygodnie.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

- 1. Problem pielęgnacyjny:** Ryzyko wystąpienia powikłań krążeniowo-oddechowych związanych ze znieczuleniem ogólnym.

Cel działania: Zapobieganie wystąpieniu powikłań krążeniowo-oddechowych.

Planowane działanie:

- Ułożenie pacjenta na plecach, w pozycji lekko pół wysokiej, w celu zapobiegania zachłyśnięciu wydzieliną bądź zapadaniu się języka.

- Ocena stanu powrotu świadomości pacjenta, odruchów ustabilizowania się podstawowych funkcji życiowych organizmu.
- Kontrola parametrów życiowych organizmu (RR krwi, HR- rytmu, napięcia, częstotliwości), wydolności oddechowej.
- Prowadzenie zapisu parametrów- udokumentowanie.
- Obserwacja barwy skóry i błon śluzowych, tzw. powrotu kapilarnego i temperatury ciała pacjenta.

Ocena

- Pacjentowi zapewniono pozycję bezpieczną, dostosowaną do rodzaju zabiegu.
- Pacjenta objęto wnikliwą obserwacją (kontrolowane parametry RR, HR, oddechu, ciepłoty ciała nie odbiegały od normy).
- Stwierdzono powrót odruchów oraz unormowanie się funkcji życiowych organizmu.
- Nie stwierdzono cech zapadania się języka.
- Nie wystąpiły odruchy wymiotne.
- Pacjent wykazuje dużą senność, oddycha spokojnie.

2. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany uczuciem zimna i dreszczy.

Cel: Zapobieganie uczuciu zimna, dreszczy i wyziębieniu organizmu wskutek stosowanego znieczulenia ogólnego.

Planowane działanie:

- Wcześniejsze podjęcie działań mających na celu ogrzanie pacjenta.
- Zastosowanie koca elektrycznego już przed przywiezieniem pacjenta z bloku operacyjnego.
- Unikanie przeciągów.
- Do nawodnienia dożylnego stosować płyny infuzyjne ogrzane do temperatury ciała.
- Użycie dodatkowych koców.
- Na około ½ godziny wstrzymać się ze stosowaniem zimnych okładów na okolice oczodołu.

Ocena:

- Zlikwidowany został dyskomfort spowodowany wychodzeniem.
- Uczucie zimna i dreszczy ustąpiły po kilkadziesiąt minutach.
- Zdjęto z pacjenta koc elektryczny i dodatkowe okrycia.
- Ogrzane płyny infuzyjne wchłonęły się w całości.

- 3. Problem pielęgnacyjny:** Ryzyko wystąpienia krwawienia z ran pooperacyjnych (ok. prawego oczodołu i ok. prawego talerza biodrowego).

Cel: Zapobieganie wstąpieniu nadmiernego krwawienia.

Planowane działanie:

- Obserwacja ilości i jakości wydzieliny krwistej przyrannej.
- Kontrola przesączania opatrunków założonych na rany pooperacyjne.
- Obserwacja okolic operowanych pod kątem rozwijających się wybroczyn (obrzęku, zaczerwienienia, zasinienia).
- Stosowanie leków p-w krwotocznych hamujących krwawienie na zlecenie lekarza.
- Stosowanie okładów chłodzących, lodu.

Ocena

- Stan opatrunków okrywających miejsca operowane nie budzi niepokoju – stan przesączenia w normie.
- Nie zaobserwowano objawów związanych z powstawaniem krwiaka, wybroczyny.
- Na okolicę oczodołu zastosowano w pierwszej godzinie pooperacyjnej okłady z lodu następnie chłodzące okłady z kwasu bornego.
- Przyjęto i zrealizowano zlecenie lekarskie dotyczące podania Dicinonu 2 x 1 amp. i. v.
- 24 godz. oraz leków uszczelniających śródbłonek naczyń krwionośnych – Calc. „Polfa” z Wit. „C” 2 x 1 amp. i. v./ 24 godz.

- 4. Problem pielęgnacyjny:** Dolegliwości bólowe w okolicach operowanych.

Cel: Niwelowanie dolegliwości bólowych.

Planowane działanie:

- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji w łóżku z zastosowaniem udogodnień.
- Usunięcie czynników nasilających ból.
- Określenie umiejscowienia, charakteru i nasilenia bólu.
- Stosowanie terapii p-w bólowej (analgezji mieszanej) na zlecenie lekarza.
- Przestrzeganie godzin podawania leków.
- Obserwowanie efektu działania terapeutycznego podawanych leków p-w bólowych.
- Prowadzenie dokumentacji podawanych analgetyków.
- Zmniejszenie aktywności fizycznej pacjenta.
- Ograniczenie wysiłku pacjentowi poprzez pomoc w pielęgnacji i uruchamianiu.
- Dbanie o ogólny komfort chorego.

- Delikatne wykonywanie opatrunków w okolicy operowanej.
- Stosowanie okładów chłodzących na okolicę operowaną i miejsca objęte obrzękiem.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Edukacja pacjenta na temat ochrony przed bólem.

Ocena:

- Stosowana godzinowo analgezyja mieszana, po kilku godzinach wyraźnie zmniejszyła odczuwanie bólu przez pacjenta.
- Nie zgłaszał dolegliwości pomiędzy stosowanymi dawkami leków.
- Przyjęto i wdrożono zlecenie lekarskie dotyczące stosowania analgezji mieszanej (Ketonal 3 x 100 mg. / 24 godz. i.v., 3 x Perfalgan 1000 mg. pomiędzy dawkami Ketonalu).
- Pacjenta pouczono o sposobach minimalizowania dolegliwości, dostarczono drabinki, wałek pod nogę. Udzielana pomoc, właściwa organizacja pracy personelu, stosowanie okładów, skutecznie niwelowało odczucie bólu.
- Systematycznie prowadzono dokumentację stosowanych leków.

- 5. Problem pielęgnacyjny:** Ryzyko wystąpienia zakażenia w miejscach operowanych oraz infekcji w miejscu założenia wkłucia obwodowego.

Cel: Zapobieganie infekcjom.

Planowane działanie:

- Stosowanie przez personel zasad aseptyki i antyseptyki.
- Zachowanie jałowości przy zmianie opatrunków.
- Obserwacja ran pooperacyjnych pod kątem bólu, zaczerwienienia, rodzaju wydzieliny, stopnia gojenia ran.
- Codzienna, dwukrotna kontrola ciepłoty ciała pacjenta.
- Postępowanie z założonym wenflonem wg ustalonej procedury, wymiana wkłucia w razie wystąpienia pierwszych symptomów stanu zapalnego.
- Udział w leczeniu farmakologicznym.
- Przyjęcie i realizacja zleceń lekarskich dotyczących antybiotykoterapii dożylniej (Linkocin 2 x 600 mg / 24 godz.), prowadzenie dokumentacji podanych leków.

Ocena:

- Codziennie asystowano przy zmianie opatrunków ok. oczodołu, opatrunek na okolicy biodra zmieniono po trzech dobach.

- Stwierdzono prawidłowe gojenie się ran pooperacyjnych, przez rychłozrost.
- Ciepłota ciała w pierwszej dobie po zabiegu prawidłowa, druga i trzecia doba 37,8⁰C.
- W miejscach operowanych nie stwierdzono patologicznych wydzielin.
- Odczyn zapalny ok. oczodołu bardzo znaczny w 3 dobie pooperacyjnej.
- Wklucie obwodowe wymieniano dwukrotnie, zgodnie z procedurą.
- Przestrzegano zasad aseptyki i antyseptyki.

6. Problem pielęgnacyjny: Obrzęk prawego oczodołu i okolicy prawego policzka.

Cel: Likwidacja powstałego obrzęku oraz zapobieganie narastaniu obrzęku.

Planowane działanie:

- Ciągłe, systematyczne stosowanie okładów przeciw obrzękowych na okolicę operowanego prawego oczodołu i prawego policzka.
- Stosowanie okładów z lodu w pierwszych 2 – 3 dobach pooperacyjnych.
- Stosowanie leków uszczelniających śródbłonek naczyń krwionośnych.

Ocena:

- Systematycznie stosowano okłady z 3% kw bornego na ok. operowanego oczodołu, Altacetu na ok. l. policzka oraz lodu.
- Przyjęto i zrealizowano zlecenie lekarskie dot. stosowania leków resorbcyjnych: Calc. Polfa 2 x ½ amp. 24/ godz., Wit. „, C” 2 x 1 amp./24 godz.
- Pomimo wdrożonej terapii obrzęk znacznie nasilił się ok. 3 doby pooperacyjnej, w późniejszych dobach systematycznie zmniejszał się.

7. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort pacjenta spowodowany koniecznością pozostania w łóżku, unieruchomieniem.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu – pacjenta.

Planowane działanie:

- Zapewnienie wygodnej pozycji ułożeniowej.
- Wyjaśnienie konieczności pozostania w łóżku przez ok. 3 doby.
- Zastosowanie udogodnień typu: wałki, drabinki.
- Pomoc przy zmianie pozycji w łóżku.
- Pomoc przy spożywaniu posiłków, toalecie pacjenta, zmianie bielizny.
- Zapewnienie warunków intymności podczas zaspokajania potrzeb fizjologicznych.
- Prowadzenie gimnastyki oddechowej, oklepywanie pleców.
- Edukacja w zakresie rehabilitacji oddechowej, ruchowej i p – w zakrzepowej.

Ocena:

- Pacjent zastosował się do uwag i zaleceń.
- Wykazywał duże deficyty w samoopiece, zwłaszcza w pierwszych trzech dobach.
- Wymagał dużo pomocy ze str. personelu pielęgniarskiego.
- Realizacja zaplanowanych działań, aktywna postawa chorego pomagają w odzyskiwaniu sprawności pacjenta.
- W 3 dobie pooperacyjnej rozpoczęto sadzanie pacjenta w łóżku.
- Rana biodra goi się prawidłowo p. rychłozrost.
- Uzyskano pozytywny stosunek do leczenia.

8. Problem pielęgnacyjny: Lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego (oszczędzeniem).

Cel: Eliminacja obaw, lęku pacjenta.

Planowane działanie:

- Zapewnienie warunków do odpoczynku, spokoju.
- Poinformowanie o etapach uruchomienia.
- Pomoc przy wstawaniu.
- Stworzenie życzliwej atmosfery.
- Rozmowa edukacyjna z pacjentem w celu uspokojenia go oraz wyeliminowania obaw i niepewności.
- Umożliwienie kontaktu z innymi pacjentami po przebytym podobnym zabiegu twarzoczaszki.
- W razie potrzeby i wątpliwości pacjenta umożliwienie rozmowy z lekarzem prowadzącym.

Ocena: Wyeliminowano lęk i obawy pacjenta.

9. Problem pielęgnacyjny: Ryzyko powstania zaburzeń wodno –elektrolitowych.

Cel: Zapobieganie zaburzeniom wodno – elektrolitowym.

Planowane działanie:

- Dożylnie nawodnienie pacjenta (z uwzględnieniem płynów infuzyjnych przetoczonych na bloku operacyjnym) wg zleceń lekarskich.
- Prowadzenie bilansu wodnego.
- Obserwacja powrotu diurezy.

- Dostosowanie diety do rodzaju urazu oraz metody przeprowadzonego zabiegu.
- Motywowanie, zachęcanie pacjenta do przyjęcia pierwszego posiłku płynnego.
- Pacjent otrzymał pełne nawodnienie dożylnie (3000 ml), nie pocił się, nie wymiotował.
- Zaprobowano dietę drenową.

Ocena:

- Mocz oddał w godzinach późno popołudniowych.
- Drogą doustną przyjął niewielkie ilości płynów, w związku z czym bilans wodny prowadzono również w II dobie pooperacyjnej.
- Niedobory uzupełniano nawodnieniem dożylnym.
- W III dobie pacjent płyny z diety drenowej przyjmował już w dostatecznej ilości, udzielano pomocy w spożywaniu posiłków.

10. Problem pielęgnacyjny: Brak wiedzy dotyczącej postępowania pooperacyjnego.

Cel: Edukacja pacjenta w zakresie późniejszej samoopieki i samopielęgnacji.

Planowane działanie:

Dostarczenie informacji i wiedzy dotyczącej:

- Szczególnej ochrony operowanej części twarzoczaszki oraz miejsca przeszczepu przed urazami.
- Konieczności stosowania diety płynnej w pierwszym okresie pooperacyjnym, później (przez okres ok. 14 dni) diety papkowej, wysokokalorycznej, bogatej w wapń i białko.
- Utrzymywania w dalszym ciągu szczególnej dbałości o higienę jamy ustnej.
- Unikania przeciążania narządu wzroku czytaniem, podnoszenia ciężarów i większego wysiłku fizycznego, zakazu stosowania gorących kąpielii, basenów, saun, solariów (przez ok.1 m-c).
- Przestrzegania wizyt kontrolnych w Por. Kl. Chir. Szczęk.- Twarz. i Plast.

Ocena: Pacjent chętnie wysłuchał porad i zaleceń, wyjaśniono wątpliwości dotyczące dalszej samopielęgnacji okolicy operowanej.

Podsumowanie

1. Złamania piętra środkowego czaszki twarzowej mogą doprowadzić do trwałego kalectwa, w postaci utrwalonego podwójnego widzenia, ślepoty, bądź też trwałego blokowania ruchów opuszczania żuchwy. W zabiegach rekonstrukcyjnych zastosowano przeszczepy autogenne kości, chrząstki, materiały kośćcozastępcze tj. opona twarda, szkło biologiczne, koralowiec, implanty z tworzyw sztucznych.
2. Realizacja indywidualnego planu opieki pozwoliła na dokładną analizę problemów pielęgnacyjnych pacjenta po zabiegu rekonstrukcji środkowego piętra twarzy w wyniku złamania jarzmowo-szczękowo-oczodołowego.
3. W wyniku ustalenia indywidualnego planu opieki wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne pacjenta po złamaniu ZSJO.

Piśmiennictwo

1. Arkuszewski P.: Wykorzystanie materiałów kośćcozastępczych w leczeniu złamań piętra środkowego czaszki twarzowej z uwzględnieniem modyfikacji własnych zabiegów operacyjnych. *Magazyn Stomatologiczny*, 2002, 3, 36-40.
2. Dziadek H., Cieślik T.: Leczenie złamań jarzmowo-oczodołowych i jarzmowo-szczękowo-oczodołowych z zastosowaniem repozycji i bezpośredniej osteosyntezy płytkowej. *Widomości Lekarskie*, 2005, 58, 270.
3. Kryst L.: Chirurgia Twarzowo-Szczękowa. PZWL, Warszawa 2004, 224 – 265.
4. Manowska B., Arkuszewski P., Tyndorf M.: Analiza obrażeń pourazowych pacjentów w ramach ostrego dyżuru ambulatoryjnie. *Czas Stomatologiczny*, 2009, 62, 134-140.
5. Osmola K.: Złamania twarzoczaszki w praktyce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyna Rodzinnej*, 2007, 1, 159-164.
6. Lewandowski L., Osmola K.: *Traumatologia twarzowo-szczękowo-czaszkowa*. Wyd. Uniwersytet Medyczny, Poznań 2009.
7. Pelc L., Cieślik T., Adwent M.: Rozpoznanie i leczenie złamań kości jarzmowej. *Widomości Lekarskie*, 2004, 11-12, 607-610.
8. Samolczyk-Wanyura D.: Leczenie chorych z przemieszczeniem górnego masywu twarzy- obserwacje własne. *Czas Stomatologiczny*, 2006, 59, 712.
9. Samolczyk-Wanyura D.: Postępowanie lecznicze chorych ze złamaniami środkowego piętra twarzy. *Stomatologia Praktyczna*, 2010, 5, 67-73.

10. Samolczyk-Wanyura D.: Epidemiologiczna oraz kliniczno-radiologiczna ocena chorych leczonych z powodu przemieszczeń oczodołowo-nosowych - obserwacje własne. *Czas Stomatologiczny*, 2005, 58, 822-829.
11. Samolczyk-Wanyura D.: Leczenie chorych z przemieszczeniami oczodołowo-nosowymi-obszernie własne. *Czas Stomatologiczny*, 2005, 58, 899-905.
12. Samolczyk-Wanyura D.: Własna kliniczno-radiologiczna ocena chorych leczonych z powodu złamań jarzmowo-oczodołowych w II Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Warszawie. *Czas Stomatologiczny*, 2003, 56, 745-753.
13. Samolczyk-Wanyura D.: Kliniczna przydatność klasyfikacji złamań górnego masywu twarzy-obszernie i doświadczenia własne. Praca habilitacyjna, WUM, Warszawa 2008.
14. Samolczyk-Wanyura D., Wanyura H.: Kliniczno anatomopatologiczna klasyfikacja złamań górnego masywu twarzy. *Czas Stomatologiczny*, 1991, 64, 848-855.
15. Tomaszewski T., Bartoszcze M., Rahnema M.: Urazy górnego masywu twarzy-ocena materiału kliniki z lat 1991-1993. *Magazyn Stomatologiczny*, 1995, 3, 46-49.
16. Wanyura H.: Obraz kliniczno-anatomopatologiczny złamań jarzmowo-oczodołowych. *Czas Stomatologiczny*, 2000, 53, 295-303.
17. Złomaniec J., Krupski W., Bryc S.: Złamania oczodołów w obrazowaniu 3D tomografii komputerowej. *Annales UMCS*, 1998, 53, 45-50.

**Potapa Krystyna¹, Snarska Katarzyna Krystyna², Doroszkiewicz Halina³
Choraży Monika⁴**

1. Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Geriatrii, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
4. Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z migreną

Wstęp

Któż z nas nie doświadczał bólu głowy? Prawdopodobnie większość osób zna ten rodzaj dolegliwości. Migrena to jeden z bólów, który znany jest od prawie pięciu tysięcy lat – wtedy to nieznany poeta opisywał swoje bóle głowy połączone z zaburzeniem widzenia. Natomiast 400 lat przed Chrystusem, Hipokrates opisał napad migreny z aurą wzrokową. Jednak najbardziej wszechstronny i dokładny opis migreny w starożytności zawdzięcza medycyna Arecjuszowi z Kapadocji (II w. n. e.), który sam też chorował na tę chorobę i nazwał ją heterocrania. Jednakże Galen w II w. n. e. wprowadził nową nazwę hemicranie i jest ona do dziś aktualna, jako migrena [1].

Migrena była uznawana za chorobę ludzi charakteryzujących się ponadprzeciętną inteligencją, ponieważ cierpieli na nią m.in. Juliusz Cezar, L. van Beethoven, A. Nobel, E. Kant, K. Darwin, A. Einstein, F. Chopin, Z. Freud, B. Pascal [2, 3].

Opisy choroby znajdujemy zarówno w literaturze pięknej jak i w fachowej literaturze medycznej. Faktem jest, że wierzono raczej Balzakowi, który przedstawiając kobietę cierpiącą na migrenę jako chimeryczną komediantkę a, nie poważną chorobę, niż ojcu medycyny – Hipokratesowi. Literackie opisy, w których damy kokieteryjnie wołały – „mam migrenę, sole trzeźwiące proszę” – sprawiały, że chorobę tą traktowano, jako wymaginowaną dolegliwość dam, chcących zwrócić na siebie uwagę albo mieć pretekst do uniknięcia trudnych sytuacji.

Za samodzielną jednostkę chorobową migrena uznana została przez polskiego neurologa Płatowa w XIX wieku (1912 r.) [3].

Migrena – wiadomości ogólne

Badania epidemiologiczne przeprowadzane w różnych krajach wskazują na bardzo rozpowszechnione występowanie migreny. 96% badanych (99% kobiet i 93% mężczyzn) miewa bóle głowy wśród których migrena jest jednym z najczęściej występujących typów. Na migrenę cierpi od 4-20% populacji ludzkiej wszystkich ras [1, 3].

W badaniach przeprowadzonych w USA stwierdzono, iż z powodu migreny cierpi ok. 8 mln dzieci i młodzieży. Napad bólu migrenowego wystąpił przynajmniej raz w roku u 18% kobiet i 6 % mężczyzn. Według danych we Francji na migrenę choruje ok. 8 mln osób, w tym 2/3 to kobiety. Natomiast badania prowadzone przez 8 lat w Finlandii wykazały potrojenie liczby osób cierpiących z powodu bólów głowy i migreny [3, 4].

Ponieważ migrena jest najczęstszą chorobą układu nerwowego, również dotyczy naszego kraju. Według danych szacunkowych w Polsce jest ok. 4 milionów osób choruje na migrenę.

W ok. $\frac{3}{4}$ przypadków pierwsze ataki migreny występują przed 30 rokiem życia. Rzadko chorują osoby powyżej 40 roku życia [5]. Wykazano, iż kobiety chorują częściej (4:1) i nierzadko choroba ta uwarunkowana jest genetycznie. Częściej na migrenę chorują mieszkańcy miast i pracownicy umysłowi niż mieszkańcy wsi i pracownicy fizyczni [6].

Etiopatogeneza migreny

Przyczyny występowania choroby nie są do końca znane. Istnieją przypuszczenia genetycznego uwarunkowania choroby, a przynajmniej często migrena dotyczy osób, u których w rodzinie ktoś chorował na tę dolegliwość. Istnieje wiele hipotez i teorii dotyczących powstawania migreny między innymi: naczyniowa, neuronalna, zapalenia tkanki nerwowej, biochemiczna i ośrodkowa [7].

A. Hipoteza naczyniowa - jest najczęstszą hipotezą powstawania migreny. Została stworzona przez Wolffa w latach 40-tych XX wieku i dotyczy zaburzeń naczyniowych. W hipotezie tej wyróżnia się 3 fazy napadu:

1. **zwężenie (skurcz)** naczyń tętniczych wewnątrzczaszkowych, niedotlenienie (w tym momencie też pojawiają się objawy aury wzrokowej);
2. **rozkurcz i zwiotczenie** ścian tętnic z nadmiernym tętnieniem w tętnicach powodujący ból głowy o charakterze bólu tętniącego;

3. **obrzęk** ścian tętnic i tkanek otaczających tętnice objawiający się bólem tęnym i przedłużeniem się napadu na wiele godzin, dni) [7].

B. Hipoteza neurogenna uznaje za źródło bólów głowy istnienie zaburzeń czynności bioelektrycznych mózgu. Wzrost stężenia potasu wywołuje depolaryzację zakończeń nerwowych w naczyniach pajączynówki, co powoduje rozszerzenie naczyń i pobudzenie nerwów okołonaczyniowych [8]. Rozszerzenie naczyń wiąże się ze wzrostem ich przepuszczalności i uwalnianiem bólotwórczych neurotransmiterów. Zaburzenia naczynioruchowe w migrenie są zjawiskiem wtórnym [3, 9].

C. Hipoteza zapalenia tkanki nerwowej sugeruje występowanie zapalenia sterylnego – jałowego jako czynnika wywołującego ból głowy. Zwiększeniu ulega wydzielanie mediatorów zapalnych przez naczynia opon mózgu i dochodzi do pobudzenia nerwów czuciowych, głównie nerwu trójdzielnego. Aktywacja zakończeń włókien tego nerwu, sprzyja rozszerzeniu i zwiększeniu przepuszczalności naczyń opon mózgu oraz powstaniu odczynu zapalnego [8].

D. Hipoteza biochemiczna związana jest przede wszystkim z genetycznie uwarunkowanym defektem biosyntezy serotoniny, która odgrywa rolę w utrzymaniu napięcia ścian tętnic; zwięża też połączenia tętniczo-żylnie i jest hamującym mediatorem neuronów wzgórze podwyższającego między innymi próg pobudliwości bólowej. Na dobę przed incydem bólowym, wzrasta poziom serotoniny. W trakcie napadu dochodzi do nadmiernego uwolnienia jej z płytek krwi, co powoduje zmianę napięcia ściany naczynia i wywołuje jego skurcz. W okresie bezbólowym jej stężenie we krwi jest prawidłowe [7].

E. Hipoteza ośrodkowa, według której naczynia mózgowe poddane są oddziaływaniu zarówno układu współczulnego, jak i przywspółczulnego. Sugeruje się niedoczynność układu współczulnego zarówno w okresie międzynaopadowym jak i w trakcie trwania dolegliwości. U chorych stwierdza się niski poziom noradrenaliny [2].

Obraz kliniczny migreny

Migrena (*hemicrania*) to okresowy i napadowy, jednostronny lub obustronny ból głowy o różnej intensywności, częstotliwości i czasie trwania, występujący przeważnie

łącznie z zaburzeniami wegetatywnymi (nudności, wymioty), wzrokowymi i słuchowymi (fotofobią i fonofobią) [5,9].

Istnieje wiele podziałów (rodzajów) migreny.

Migrena zwykła (*migrena s. hemikrania simplex*) zwana też migreną pospolitą, czyli migreną bez aury jest postacią najczęstszą i typową. Napad trwa od 4 do 72 godzin. Głównymi objawami migreny bez aury są: ból głowy i nudności, ewentualne wymioty [10].

W migrenie tej wyróżnia się fazy charakteryzujące się poszczególnymi objawami:

✓ **Faza objawów zwiastunowych**

Dolegliwości mogą występować na kilka tygodni do dwóch dni przed napadem.

Występują takie dolegliwości jak:

- Psychiczne: nadaktywność, chęć ziewania, poczucie błogości, zadowolenia przesadne podniecenie, depresja, irytacja, rozdrażnienie, przygnębienie, zmiana nastroju nie wyjaśniona senność, trudności w koncentracji i wypowiedaniu się,
- Zmysłowe: zaburzenia słuchowe, wzrokowe, nadmierna wrażliwość na zapachy i światło.
- Wegetatywne: zmiany łaknienia, apetyt na łakocie lub niechęć do słodczy, pragnienie, ślinotok, biegunka, zaparcie, wielomocz, parcie na mocz, itp.
- Narządowe: dzwonięcie w uszach, bóle brzucha, obrzęk błony śluzowej nosa.
- Somatyczne: mrowienie w jednym z ramion, skórcz mięśni pleców, karku, szyi [1, 3, 9].

✓ **Faza bólowa**

Właściwy napad bólowy może wystąpić o każdej porze dnia i nocy. Ból głowy postępuje stopniowo. Zazwyczaj jest pulsujący w skroniach, ale może być rozsadzający lub przybierać jeszcze inny charakter. Za pomocą dotyku można wyczuć nabrzmiąłą, pulsującą tętnicę mózgową. W większości przypadków jest to ból jednostronny i lokalizuje się za gałką oczną w czole i skroni. Chory ma odczucie rozpierania i „rozsadzania czaszki”. Dołączają się wymioty, niekiedy bardziej męczące od bólu a także światłowstręt. Pacjent źle znosi bodźce węchowe i słuchowe. Ból narasta i w szczytowym momencie obejmuje całą głowę. Nasila się pod wpływem ruchu. Pojawiają się zawroty głowy i chwiejny chód. Pojawiają się objawy wegetatywne jak: drżenie rąk, ciała, biegunka, poty, kołatanie serca, duszność (chory boi się wziąć oddech), ziewanie, wielomocz [3, 10].

Człowiek zamyka oczy i kuli się, pozostaje w bezruchu, w ciszy i ciemności. Drażni go najmniejszy hałas, nawet szept, promyk światła czy zapach [10, 11]. Faza ta trwa od 4 do 72 godzin.

✓ **Faza zakończenia napadu**

Chory najczęściej zapada w sen, budzi się bez dolegliwości lub odczuwa tępy rozlany ból głowy, zmęczenie osłabienie i ogólne bóle mięśniowe.

W migrenie częstość występowania napadów jest bardzo zróżnicowana. Może ich być kilka w ciągu całego życia, kilkanaście w miesiącu, kilka w ciągu roku lub kilka w tygodniu. Przebieg tych napadów jest bardzo różny, przez co również ich nasilenie bywa rozmaite, co pozwala wyróżnić:

- napady lekkie (zdolność do pracy pozostaje tylko nieco ograniczona)
- napady średnio ciężkie (sprawność wyraźnie ograniczona)
- ciężkie (pacjent musi pozostawać w łóżku, trudno mu się nawet obsłużyć), [6,11].

Istnieje wiele rodzajów migreny np. migrena oczna [12], migrena okresowa, skojarzona, miesięczkowa itp.

Stan migrenowy – burzliwy i ciężko przebiegający wariant napadu. Napady migreny występują jeden po drugim przez kilka dni lub pojawia się kilku dniowy ciągły ból. W obrazie klinicznym występuje nawet przyćmienie świadomości i zaburzenia psychiczne, podwyższona temperatura, wymioty doprowadzające do odwodnienia. Ogólny stan chorego jest ciężki, ale zazwyczaj kończy się pomyślnie. Mimo to stan ten wymaga hospitalizacji pacjenta [9, 13].

Cechy osoby chorującej na migrenę

Stwierdzono, iż osoby z dolegliwościami migrenowymi charakteryzują się pewnymi cechami. Najczęściej są one drobiazgowe, perfekcyjne, wiele wymagające od siebie i innych, tłumiące złość oraz skrywające niepewność i niepowodzenie, cierpiące na rodzaj stałego stresu. Osoby te wykazują szczególnie wysoki stopień reaktywności temperamentalnej, a napad migreny może być wywołany przez każde nadmierne pobudzenie psychiczne (radość, lęk, przyjemność, głód czy zmęczenie) [14]. Natomiast dzieci cierpiące na migrenę najczęściej są nieśmiałe wycofujące się posłuszne, z zaburzeniami emocjonalnymi, mało odporne na niepowodzenie, nadwrażliwe emocjonalnie, czasem nadmiernie uparte, zawzięte i skłonne do buntu a również bardzo ambitne, z bardzo dobrymi wynikami w szkole, ale sfrustrowane [3, 15].

Czynniki prowokujące napady:

- stres
- okres odprężenia po przeżyciach emocjonalnych,
- zmiany pogody – wiatry halne, zmiany frontu atmosferycznego,
- bodźce optyczne – np. jaskrawe światło, kino, telewizja,
- okres miesiączkowania i jajczkowania,
- wszelkie skrajności: nadmierny wysiłek, przeciążenie fizyczne ale także przesadna bezczynność, niedosypianie lub zbyt długi sen, nadmierne nasłonecznienie, wielogodzinne czytanie, zbyt długie oglądanie telewizji, męczące podróże,
- przebywanie w dusznych pomieszczeniach,
- niektóre pokarmy min.: kakao, czekolada, seler, mleko, sery (szczególnie dojrzewające), orzechy, jaja, pomidory, owoce cytrusowe, marynaty, tłuste potrawy i inne,
- alkohol, szczególnie wino czerwone,
- palenie papierosów (szczególnie niebezpieczne jest połączenie nikotyny z alkoholem),
- pozostawanie długo na czczo,
- zaparcia,
- niektóre leki np: doustne środki antykoncepcyjne,
- hałas,
- przykre, intensywne zapachy [3,10,13 16].

Diagnozowanie migreny

Najważniejszym elementem rozpoznania choroby jest dokładny wywiad. Ponieważ migrena jest chorobą przewlekłą należy określić także stan ogólny pacjenta i wykluczyć ukryte poważne choroby. Pomocne w tym są:

- rutynowe badania laboratoryjne,
- badanie płynu mózgowo-rdzeniowego,
- badanie EEG,
- badanie neuroobrazowe :CT głowy, rezonans magnetyczny - MRI mózgowia – tylko w przypadkach gdy bóle głowy wskazują na inną chorobę niż migrena [4, 17].

Leczenie migreny

Bóle głowy, a wśród nich migrena, zaliczają się do najczęstszych dolegliwości i stanowią bardzo istotną przyczynę absencji chorobowej, a co za tym idzie - mają znaczny wpływ na jakość życia i ponoszone koszty społeczne [5, 13]. Wiele osób nie zasięga porady lekarskiej, lecz się samodzielnie nie będąc często świadomym, że cierpi na migrenę [9, 12]. Postępowanie lecznicze obejmuje 4 elementy:

- 1. Edukację pacjenta** – wyjaśnienie pacjentowi istoty choroby, rokowania i przebiegu leczenia. Możliwość unikania czynników prowokujących napad migreny [17, 18].
- 2. Wykrycie i unikanie czynników prowokujących napady** – w praktyce, jest to zapoznanie pacjenta z tymi czynnikami i zalecenie, aby poprzez samo obserwację ustalił, które z nich dotyczą go osobiście. Część z nich nie ulega wyeliminowaniu (zmiany pogody), ale już sama ich znajomość może u wielu chorych przynosić zasadniczy przełom w chorobie. Zastosowanie wskazówek unikania czynników ryzyka migreny oraz polecenie unikania skrajności np.: nadmierny wysiłek fizyczny czy zbyt długa bezczynność itp. Higieniczny tryb życia i umiarkowanie we wszystkim pomagają w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia, np.: u niektórych chorych będą to głównie produkty spożywcze, u innych – zbyt długi sen, pozostawanie na czczo, stosowanie środków antykoncepcyjnych.
- 3. Doraźne leczenie napadów** – do doraźnego zwalczania napadów migrenowych stosuje się naprzemiennie różne leki. Często pacjenci niesłusznie powstrzymują się od brania leku w czasie napadu z obawy o nadużycie.
- 4. Leczenie profilaktyczne farmakologiczne i nie farmakologiczne** – zastosowane jest nie, jeśli doraźne zwalczanie napadów nie przynosi efektów [12, 13].

Doraźne leczenie napadów

Przy opanowywaniu napadu ostrego bólu głowy w migrenie należy podać lek jak najszybciej. Jeżeli objawy narastają, w ciągu 30 – 60 minut od zażycia leku, należy podać kolejną dawkę leku. Ze względu na zaburzenia wchłaniania leków podczas napadów migreny, często podaje się leki drogą wziewną, podskórną, dożylną, domięśniową czy doodbytniczą [5, 12].

Leczenie ostrego napadu migreny

Leki stosowane w napadach migrenowych można ująć w następujące grupy:

1. Nieswoiste środki przeciwbólowe (leki przeciwbólowe, nie-steroidowe przeciwzapalne) NSLPZ [3, 12, 13].
2. Swoiste leki przeciw migrenowe (tryptany, ergotamina) [12].
3. Leki przeciw wymiotne [5, 12, 13, 17].
4. Leki uspokajające i inne.

Niefarmakologiczne sposoby leczenia migreny

W metodzie tej zasadnicze znaczenie pełni ruch. Ruch pobudza krążenie krwi, poprawia zaopatrzenie mózgu w tlen, sprzyja wytwarzaniu endorfiny tzw. hormonu szczęścia, poprawiającego nastrój. Dłuższy jej brak w organizmie powoduje, silniejsze odczucie bólu. W zwalczaniu napadów migreny poleca się spacerować, ogrodnictwo, konne przejażdżki, grę w golfa i pływanie [3, 13].

W leczeniu migreny duże znaczenie ma również ziołolecznictwo. Zastosowanie ziół przez chorych cierpiących na migrenę działa niekiedy skuteczniej niż wymyślne specyfiki. Do ziół przeciw migrenowych można zaliczyć: krwawnik, rumianek, rozmaryn, złocień maruny i stokrotkę.

- **Rumianek** - można stosować nie tylko w postaci herbatki, ale też do okładów, które cudownie rozluźniają bolące skurczone mięśnie.
- **Rozmaryn** – pobudza przepływ krwi i działa wzmacniająco. Stosuje się go jako napar do picia lub do kąpieli, a także jako okład na skronie.
- **Złocień maruny** – w medycynie ludowej był znany jako lek przeciw migrenowy. Dzięki składnikom zapobiegającym rozszerzaniu się naczyń krwionośnych istnieje przypuszczenie, że złocień hamuje napady migrenowe lub zmniejsza ich częstotliwość.
- **Kwiaty i ziele krwawnika** – mają właściwości przeciwzapalne oraz łagodzą nudności. Prawdopodobnie regularne picie naparu krwawnika może nawet wyleczyć migrenę.
- **Dziurawiec** – przywraca równowagę wegetatywnego systemu nerwowego, łagodzi nastrój depresyjny, ma działanie przeciwlękowe oraz łagodzi bóle głowy.
- **Melisa, lawenda, kozłek lekarski, mięta pieprzowa, kwiat lipy, ziele jemioli, kwiatostan głogu, chmiel** – odprężają i uspokajają, poprawiają nastrój, niektóre

działają przeciwbólowo, przeciw lękowo zarówno wypijane jak i stosowane zewnętrznie do kąpieli, czy w postaci olejków i nalewek alkoholowych do wcierania w bolące miejsca np. skronie [12, 13, 18].

Cel pracy

1. Zdiagnozowanie problemów pielęgniarskich pacjenta z migreną.
2. Ustalenie indywidualnego planu opieki nad pacjentem z migreną.

Material i metodyka badań

Badaniem została objęta 34-letnia pacjentka, z rozpoznaną migreną, podczas jednorazowej wizyty w miejscu pracy badanej. W postępowaniu badawczym zastosowano następujące metody: obserwację, wywiad, analizę dokumentów, pomiar.

Wyniki

Opis przypadku

Badaniem objęto 34 letnią pacjentkę pracującą na bloku operacyjnym jako pielęgniarka anestezjologiczna, mieszkającą wraz z mężem, synem i rodzicami w domu wolno stojącym na wsi. Badanie przeprowadzono podczas jednorazowej wizyty w miejscu pracy badanej. Kobieta prowadzi oddzielne gospodarstwo z mężem i opiekuje się synem chorym laryngologicznie.

Pierwsze objawy choroby pojawiły się w wieku 21 lat w postaci bólu głowy trwającego 3 tygodnie. W trakcie pierwszego napadu migreny występowały mroczki przed oczami, wrażenie, że „schodek ucieka” (podczas wchodzenia po schodach). Badana z trudnością identyfikuje sytuacje i czynniki sprzyjające wystąpieniu migreny.

Ból głowy o charakterze migrenowym, u chorej występuje kilka razy w miesiącu. Ma on charakter nagły, silny, uciskowy, przesywający oraz piekący. Towarzyszy mu: drętwienie połowy głowy, nudności, wrażliwość na hałas i światło, zapachy – szczególnie intensywny zapach perfum. Stres, okresy przed miesiączką, słodczyce i hałas, to czynniki, które wyzwalające napad migrenowy u chorej. Choroba utrudnia życie społeczne badanej, często ma odczucie zaniedbywania rodziny, pomimo iż ma męża i rodziców, którzy rozumieją jej problemy wynikające z choroby i wspierają ją psychicznie.

Stan zdrowia chorej został również oceniony według:

- testu określenia typu bólu – pacjentka określiła dolegliwości bólowe jako, męczące, wyczerpujące, palące i dokuczliwe,
- kwestionariusza określającego nasilenie dolegliwości migrenowych – stwierdzono, iż ograniczenia z powodu migreny są dość znaczne, lecz pomimo to życie nie straciło wartości z powodu migreny,
- kwestionariusza doktora Becka – pacjentka bez zaburzeń depresyjnych,
- stopnia natężenia bólu na skali VAS – natężenie bólu w granicach 60-70.

Parametry życiowe:

- RR – 125/80 mmHg
- HR – 60 u/min
- Temperatura ciała - 36,6 °C
- BMI – 24,2.

W oparciu o obserwację pielęgniarską stwierdzono, dobry stan ogólny badanej. Pacjentka jest otwarta, radosna, chętnie i wyczerpująco odpowiada na zadawane pytania.

Leczenie:

Pacjentka w początkowym okresie dolegliwości migrenowych przyjmowała przez 1,5 roku Dihydroergotaminę, jednakże bez rezultatów.

Obecnie, w chwili wystąpienia migreny zamiennie pacjentka stosuje:

- 2 tabletki, Pyralginy podane z 2 tabletkami Apapu
- Aspiryna przeciwmigrenowa
- Ketonal 100mg Sc.

Proces pielęgnowania pacjenta z migreną

1. Problem pielęgnacyjny: Częste dolegliwości bólowe migrenowe.

Cel: Zminimalizowanie lub likwidacja dolegliwości.

Planowanie działań pielęgniarskich:

- Podawanie leków przeciwbólowych.
- Obserwacja natężenia, charakteru, czasu występowania bólu.
- Obserwacja reakcji pacjentki na podany lek w kierunku minimalizowana dolegliwości bólowych.

- Wybór skutecznego leku przeciw bólowego.
- Stosowanie nefarmakologicznych środków zapobiegających występowania bólu (rumianek, okład z naparu rozmarynu na skronie, złocień maruny – napar, herbatka ze stokrotki, melisa, mięta, kozłek lekarski, chmiel, dziurawiec, krwawnik, kawa bez mleka z sokiem z cytryny).
- Dostarczenie dużej dawki tlenu organizmowi w trakcie wystąpienia dolegliwości bólowych.
- Oddychanie z workiem plastikowym (papierowym) na ustach.
- Przebywanie w zaciemnionych pomieszczeniach w trakcie napadów migrenowych.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Zastosowanie relaksującej muzyki.

2. Problem pielęgnacyjny: Występowanie mroczków przed oczami utrudniających poruszanie się.

Cel:

- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentce.
- Pouczenie chorej o konieczności przyjęcia pozycji siedzącej lub leżącej w celu uniknięcia upadku.
- Pomoc osób drugich w bezpiecznym przemieszczaniu się.

Planowanie działań pielęgnacyjnych:

Usunięcie z otoczenia chorej przedmiotów łatwo tłukących się, gorących płynów, mogących spowodować uraz.

3. Problem pielęgnacyjny: Wrażliwość na jaskrawe światło powodujące wystąpienie lub nasilenie objawów.

Cel: Zabezpieczenie przed działaniem jaskrawego światła.

Planowanie działań pielęgnacyjnych:

- Noszenie okularów ochronnych o szklach w kolorze zielonym lub niebieskim, w dni słoneczne szczególnie zimą.
- Unikanie pracy przy jaskrawym, drgającym świetle np. monitorze komputera.
- Unikanie długiej jazdy samochodem, szczególnie w czasie zachodu lub wschodu słońca lub przy dużym nasłonecznieniu.

4. Problem pielęgnacyjny: Występowanie nudności.

Cel: Złagodzenie nudności.

Planowanie działań pielęgnarskich:

- Podanie do wypicia naparu z krwawnika, który ma właściwości przeciwzapalne i łagodzi nudności.
- Zastosowanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarskie.
- Przygotowanie kostek smakowych z lodem, do ssania.

5. Problem pielęgnacyjny: Wrażliwość na zapachy szczególnie ostrych perfum, nasilających dolegliwości bólowe.

Cel: Unikanie czynników wywołujących atak migreny.

Planowanie działań pielęgnarskich:

- Pouczanie pacjentki o unikaniu drażniących zapachów perfum, dusznych pomieszczeń, zgromadzeń itp.
- Stosowanie aromaterapii, np. olejków eukaliptusa, lawendy, rozmarynu lub mięty pieprzowej.
- Używanie nieperfumowanych kosmetyków.
- Ograniczenie narażenia na kontakt z zapachami drażniącymi.

6. Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia dolegliwości bólowych z powodu spożywanych pokarmów.

Cel: Ograniczenie narażenia na czynniki pokarmowe, mogące wywołać napad bólowy.

Planowanie działań pielęgnarskich:

- Pouczenie pacjentki o szkodliwym działaniu, niektórych pokarmów i konieczności ich unikania.
- Ograniczenie spożycia lub wykluczenie z diety słodczy, orzeszków, serów żółtych i pleśniowych, tłustych mięs, śmietany, lodów, majonezu, tłustych sosów, smażonych potraw.
- Unikanie pośpiechu w trakcie spożywania posiłków.
- Spożywanie dużej ilości płynów obojętnych.

7. Problem pielęgnacyjny: Występowanie zmęczenia, wyczerpania emocjonalnego spowodowanego stresującą pracą.

Cel: Minimalizacja lub likwidacja zmęczenia.

Planowanie działań pielęgniarских:

- Ułożenie harmonogramu dnia, aby umieścić w nim pół godziny na drzemkę lub odpoczynek i relaks.
- Zaproponowanie po pracy czynnej wypoczynku biernego i odwrotnie.
- Unikanie wykonywania zbędnych czynności, pośpiechu.
- Wypełnienie czasu wolnego wykonywaniem czynności przynoszących zadowolenie i relaks np. hobby.

8. Problem pielęgnacyjny: Zaburzenia koncentracji wywołane stresem.

Cel: Poprawa samopoczucia pacjentki.

Planowanie działań pielęgniarских:

- Zachowanie u pacjentki harmonii ciała i ducha.
- Znalezienie w ciągu dnia kwadransu na relaks, śmiech lub drzemkę.
- Zaproponowanie wieczorem letniej kąpieli z zimnym natryskiem nóg, co pozwala odzyskać pacjentce potencjał energetyczny i uodporni na stresy.

9. Problem pielęgnacyjny: Uczucie niepokoju, rozdrażnienia, sfrustrowania w wyniku wystąpienia napadu bólów migrenowych.

Cel: Poprawa stanu psychicznego pacjentki.

Planowanie działań pielęgniarских:

- Rozmowa z pacjentką, uspokojenie i przypomnienie, że każdy atak mija.
- Unikanie zbyt długiego przebywania w dusznych pomieszczeniach, wielogodzinnego czytania, zbyt długiego oglądania telewizji, męczących podróży.

10. Problem pielęgnacyjny: Utrudnione życie społeczne, poczucie zaniedbywania rodziny w wyniku napadów migrenowych.

Cel: Zapewnienie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Planowanie działań pielęgniarских:

- Zapewnienie chęć rozmowy z psychologiem.

- Poinformowanie o możliwości skorzystania z psychoterapii, która daje pozytywne wyniki w leczeniu migreny.
- Podanie adresów PSM (Polskie Stowarzyszenie Migrenowe).
- Poinformowanie o istnieniu grup samopomocowych.
- Edukacja rodziny – poinformowanie, że choroba ogranicza życie rodzinne i ma dotkliwe objawy uniemożliwiające właściwe funkcjonowanie pacjentki.

11. Problem pielęgnacyjny Możliwość wystąpienia kolejnych napadów.

Cel: Zapobieganie występowaniu następnych napadów.

Planowanie działań pielęgnacyjnych:

- Poinformowanie o konieczności współpracy pacjentki z zespołem terapeutycznym, szczególnie lekarzem.
- Prowadzenie kalendarza choroby.
- Stosowanie samodyscypliny i samokontroli szczególnie w zakresie unikania czynników ryzyka.
- Odpoczynek i stosowanie aktywności ruchowej między napadami.

12. Problem pielęgnacyjny: Niebezpieczeństwo uzależnienia od leków przeciwbólowych.

Cel: Zapobieganie wystąpienia uzależnienia od leków przeciwbólowych.

Planowanie działań pielęgnacyjnych:

- Wyedukowanie pacjentki o sposobie radzenia sobie z chorobą środkami niefarmakologicznymi (psychoterapia, ziołolecznictwo, zabiegi relaksacyjne, masaże, leczenie zdrojowe).
- Kontrolowanie ilości przyjmowanych leków, poprzez prowadzenie dzienniczka kontroli.

13. Problem pielęgnacyjny: Stojąca i stresująca praca sprzyjająca występowaniu przepukliny jądra miazdżystego w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu i ograniczenie nasilenia dolegliwości związanych z przepukliną.

Planowanie działań pielęgniarskich:

- Wskazanie chorej możliwości korzystania z rehabilitacji.
- Rozważenie możliwości zmiany pracy.
- Pouczenie chorej o sposobach relaksacji.
- Przedstawienie chorej ćwiczeń wzmacniających mięśnie przykręgosłupowych, rozluźniających, zastosowania odpowiednich pozycji odciążających.

Wskazówki do dalszej pielęgnacji:

1. Prowadzenie harmonijnego trybu życia.
2. Prowadzenie dzienniczka choroby i zapisywanie w nim:
 - Częstotliwości, charakteru i nasilenia bólu,
 - Objawów zwiastunowych (aura),
 - Czynników, które wywołały napad migreny,
 - Nazwy i dawki leku zaznaczeniem leku skutecznego
3. Stosowanie niefarmakologicznych metod łagodzących dolegliwości migrenowe.
4. Stosowanie ćwiczeń fizycznych
5. Stosowanie odpowiedniej diety: unikanie pokarmów mogących wpłynąć na wystąpienie napadu migreny, unikanie pozostawania na czczo.
6. Wizyty w poradni neurologicznej oraz wizyt u psychoterapeuty.
7. Edukacja rodziny kierunku wsparcia pacjentki czasie wystąpienia dolegliwości bólowych.

Wnioski

W oparciu o zastosowane metody badawcze obserwację, wywiad, analizę i pomiar wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne:

1. Na podstawie zebranych szczegółowych informacji o pacjentce opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, uwzględniający różnorodność i złożoność problemów chorej. Zaproponowano działania pozwalające na realizację założonych celów.
2. Dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów pielęgniarskich. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę stanu psychicznego pacjentki, likwidację dolegliwości bólowych i czynników sprzyjających wystąpieniu migreny.
3. Zaproponowano wskazówki do dalszej pielęgnacji chorej z migreną.

Piśmiennictwo

1. Domitrz I.: Współczesne poglądy na patogenezę aury migrenowej. Migrena z aurą wzrokową. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2007, 41, 1, 70-75.
2. Glaubic - Łątka M., Glaubic D., Bury W., Pierzchała K.: Współczesne poglądy na patofizjologię migreny. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2004, 38, 4, 307-315.
3. Kozubski W., Domitrz I.: Diagnostyka różnicowa bólów głowy. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2005, 7, 3, 680-684.
4. Spierings E.: Migrena- praktyczny poradnik. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2006.
5. Mendel T.: Migrenowe bóle głowy - diagnozowanie i leczenie. *Standardy Medyczne*, 2005, 3, 4- 7.
6. Noskowicz - Bieronowa H.: Migrena. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006.
7. Prusiński A.: Bóle głowy w podstawowej opiece zdrowotnej. *Przewodnik Lekarza*, 2006, 4, 20-24.
8. Prusiński A.: Migrena - Obraz kliniczny i leczenie. *Nowa Medycyna - Terapia bólu*, 2002, 5, 12.
9. Prusiński A.: Migrena - Obraz kliniczny i rozpoznanie. *Przewodnik Lekarza*, 2004, 7, 1, 64 -72.
10. Prusiński A. : *Neurologia praktyczna*. PZWL, Warszawa 1998.
11. Łukasik M., Owecki M.K., Kozubski W.: Leczenie doraźne i profilaktyka napadów migreny. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2012, 7, 1, 7-18.
12. Rozniecki J.J.: Czy, co i kiedy badać w bólach głowy? *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2006, 2, 2, 82-83.
13. Schreiber C.: Jak nauczyć pacjentów radzić sobie z migreną? Skuteczny plan walki z bólem. *Medycyna po Dyplomie*, 2005, 5, 25-32.
14. Silbestrein SD.: Migraine. *Lancet*, 2004, 363, 381-391.
15. Stępień A.: Bóle głowy diagnozowanie i leczenie. *Biblioteka Neurologia Praktyczna*, Lublin 2004.
16. Stępień A.: Bóle głowy. Wyd. Czelej, Lublin 2004.
17. Wendorff J., Wiśniewska B.: Migrena u dzieci i młodzieży. Zasady rozpoznania i terapii ze szczególnym uwzględnieniem problemów psychologicznych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2006, 6, 3, 133-138.
18. Zgorzalewicz M. (red.): Patomechanizm migrenowych bólów głowy. *Neurologia Dziecięca*, 2008, 2, 2-84.

Nazaruk Alina¹, Snarska Katarzyna Krystyna², Chorąży Monika³

1. Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Medycyny Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Klinika Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Bolerioza znana i nieznana

Wprowadzenie

Borelioza (*Lyme borreliosis*) zwana też chorobą z Lyme (*Lyme disease*) lub krętkowicą kleszczową, to wielonarządowa choroba zakaźna wywoływana przez bakterie należące do krętków z rodzaju *Borrelia* przenoszona na człowieka i niektóre zwierzęta przez kleszcze [1, 2].

Na początku XX wieku pojawiły się pierwsze podejrzenia, że ugryzienie przez kleszcza może być przyczyną niektórych objawów u chorych, ale dopiero w 1975 roku borelioza została rozpoznana w okolicach miasta Lyme, w stanie Connecticut (Stany Zjednoczone). Serie badań doprowadziły w końcu, w 1982 roku, do odkrycia przez naukowców krętka bakterii odpowiedzialnej za rozwój boreliozy w ludzkim organizmie. Odkrywcą krętka był doktor Willy Burgdorfer, toteż nazwa bakterii (*Borrelia burgdorferi*) pochodzi właśnie od jego nazwiska. Borelioza nie bez powodu nazywana jest „wielkim imitatorem” [3]. Lekarz, który po raz pierwszy spotyka się z objawami tej choroby może mieć poważne problemy z jej zdiagnozowaniem, ponieważ szereg tych objawów pojawia się również przy innych schorzeniach.

Borelioza przenoszona jest przez kleszcze. Rząd kleszczy należy do gromady pajęczaków, podgromady roztoczy. Są one obligatoryjnymi ektopasożytami lądowych kręgowców i w każdym stadium (prósz jaja), tj.: larwy, nimfy i osobnika dorosłego, żywią się krwią. Kleszcze wywołujące choroby należą do dwóch rodzin: kleszczy właściwych- Ixodidae (znane jest około 650 gatunków) i obrzeżkowych- Argasidae (około 170 gatunków) [4]. W Polsce największym i najczęściej spotykanym jest kleszcz pospolity (*Ixodes ricinus*). Występuje on w całym kraju zwłaszcza w lasach mieszanych, liściastych, obrzeżach lasów, na śródleśnych łąkach oraz pastwiskach w pobliżu lasu [5].

Podstawą rozpoznania boreliozy są objawy kliniczne, wśród nich szczególne znaczenie ma rumień wędrujący (*erythema migrans*). Niestety rumień pojawia się u mniej niż połowy zakażonych osób. W przypadku gdy rumień wędrujący nie wystąpił lub jest nietypowy, lekarz niejednokrotnie ma trudności w rozpoznaniu boreliozy na podstawie innych objawów towarzyszących zakażeniu [6].

Rozwinięcie

Epidemiologia boreliozy

Borelioza z Lyme jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą odkleszczową. Zachorowania na boreliozę z Lyme opisywano we wszystkich krajach europejskich, Ameryce Północnej, w Azji środkowej i Japonii, a pojedyncze przypadki na Dalekim Wschodzie, w Australii, Afryce oraz Ameryce Południowej. Najwięcej zachorowań wykrywa się USA [7, 8, 9]. Występowanie boreliozy na świecie przedstawia Rycina 1.



Kolor pomarańczowy- występowanie boreliozy

Rycina 1. Występowanie boreliozy na świecie [10].

Objawy chorobowe stwierdza się u ludzi oraz zwierząt udomowionych, takich jak zwierzęta hodowlane lub psy i koty. Ptaki mogą odgrywać rolę w przenoszeniu zakażonych kleszczy do odległych obszarów i powiększaniu się terenów endemicznych.

Nadzór epidemiologiczny nad boreliozą z Lyme został wdrożony w 1996 roku. W celu bardziej precyzyjnego monitorowania występowania choroby, na początku 2005 roku wdrożono do stosowania definicję przypadku opracowaną na potrzeby rutynowego nadzoru epidemiologicznego [2, 11]. W Polsce dopiero w 1996 roku wprowadzono oficjalnie

obowiązek zgłaszania zachorowań na tę chorobę [6]. Według oficjalnych statystyk podanych przez Państwowy Zakład Higieny (PZH), w Polsce rocznie zapada na boreliozę przynajmniej 40.000 osób. Cały obszar Polski uznawany jest za endemiczny, co oznacza, że nie ma bezpiecznego miejsca, gdzie kleszcze nie są zarażone bakterią boreliozy, a brak przypadków tej choroby na tych terenach nie należy wiązać z jej niewystępowaniem, ale z tym, że jest ona nierozpoznawalna [12].

Etiologia boreliozy

Czynnikiem etiologicznym boreliozy są bakterie z rzędu Spirochaetales (krętki), rodziny Spirochaetaceae, rodzaju *Borrelia*, gatunku *B. burgdorferi*, *B. garinii* i *B. afzelii*, nazywane łącznie *Borrelia burgdorferi sensu lato* [13]. Najnowsze badania wykazały, że *B. burgdorferi* mogą występować w różnych postaciach morfologicznych - w formie krętka oraz w formach przetrwalnikowych (cysty, sferoplasty i blebs) [2]. Forma krętka jest cienka, giętka i skręcona spiralnie oraz wyposażona w peryplazmatyczne wici umożliwiające ruch postępowy. Osiąga długość od 8 do 22 mikrometrów. Formy przetrwalnikowe są okrągłe, nieruchliwe i pozbawione ściany komórkowej, a zatem niewrażliwe na działanie antybiotyków betalaktamowych. Na szczęście dla pacjentów, istnieją doniesienia, że ulegają one zniszczeniu pod wpływem metronidazolu i tynidazolu [12]. W organizmie człowieka, w zależności od warunków zewnętrznych, komórki bakterii mogą wielokrotnie zmieniać swoją formę. Zjawisko to może tłumaczyć oporność krętków na antybiotyki, zmiany w natężeniu objawów choroby i w odpowiedzi immunologicznej (włącznie z seronegatywnością) [14].

Poszczególne szczepy *B. burgdorferi* różnią się znacznie zdolnością do syntezy betalaktamaz i antygenowością. Ponadto bakterie te potrafią przeżyć wewnątrz niektórych komórek gospodarza, takich jak makrofagi, limfocyty, komórki endothelium, neurony czy fibroblasty. Mogą opłaszczać się błoną komórkową gospodarza i syntezować glikoproteinę umożliwiającą ochronną enkapsulację. Ponadto najnowsze publikacje sugerują, że krętki wytwarzają rozpuszczalną w tłuszczach neurotoksynę, która jest prawdopodobnie odpowiedzialna za wiele objawów neurologicznych. Wszystkie te mechanizmy sprawiają, że *B. burgdorferi* są bardzo trudnym przeciwnikiem dla ludzkiego układu odpornościowego [15].

Naturalnym rezerwuarem *Borrelia* są małe gryzonie, ale zarażone mogą być różne inne gatunki kręgowców. Na człowieka krętki przenoszone są przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*. Zazwyczaj, aby doszło do zakażenia, kleszcz musi pozostać w skórze przez kilka godzin, dlatego częsta kontrola i szybkie usuwanie kleszczy należą do działań profilaktycznych boreliozy [16]. Ostatnio publikowane są doniesienia sugerujące możliwość

przenoszenia infekcji *Borrelia* z człowieka na człowieka podczas kontaktów seksualnych, karmienia piersią i na drodze wertykalnej [17].

Postacie boreliozy z Lyme

Borelioza z Lyme jest chorobą przewlekłą, wielofazową. Występowanie różnych postaci klinicznych choroby z Lyme jest uwarunkowane różnorodnością genogatunków krętków, zróżnicowanym rezerwuarem zwierzęcym i złożoną odpowiedzią organizmu na zakażenie [2, 7]. Obecnie wyróżnia się dwa stadia choroby:

- ❖ **I stadium** - wczesna borelioza. We wczesnej fazie boreliozy, po kilku dniach lub tygodniach od chwili zakażenia, pojawia się rumień wędrujący i inne miejscowe zmiany, którym mogą towarzyszyć objawy grypopodobne. Faza wczesnej boreliozy trwa od kilku dni do kilku tygodni.
- ❖ **II stadium** - borelioza narządowa. W II stadium dochodzi do zakażenia wielu narządów; pojawiają się dolegliwości ze strony ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego, układu kostno - stawowego lub układu krążenia. Późna borelioza z Lyme charakteryzuje się nieodwracalnymi zmianami stawowymi, uszkodzeniem układu nerwowego w postaci encefalopatii lub uszkodzeniem nerwów czaszkowych, obwodowych, a także przewlekłym zanikowym zapaleniem skóry [2, 15]. Borelioza narządowa może być ostra i wtedy trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy, bądź przewlekła i wtedy trwa od kilku miesięcy do kilku lat.

Należy zaznaczyć, iż pierwsze stadium choroby boreliozy objawia się zmianami na skórze. W drugim okresie dochodzi do rozsiewu krętka drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych [18].

Postać wczesna boreliozy z Lyme

Borelioza wczesna rozwija się w ciągu kilku dni lub kilku tygodni od zakażenia. W tym okresie wyróżnia się dwa stadia zakażenia:

- ❖ Stadium zakażenia organicznego:
 - Rumień wędrujący
 - Chłonia limfocytarna
- ❖ Stadium zakażenia rozsianego:
 - Rumień wędrujący mnogi (wtórny),
 - Wczesna neuroborelioza,
 - Ostre zapalenie stawów,

- Ostre zapalenie mięśnia sercowego,
- Inne zmiany narządowe [56].

A. Rumień wędrujący

Charakterystycznym objawem dla pierwszego okresu choroby boreliozy jest zmiana skórna o charakterze *erythema migrans* zwana też rumieniem wędrującym (Rycina 2, Rycina 3). Po upływie kilku dni lub tygodni od ukąszenia przez zakażonego kleszcza pojawia się najpierw plamka lub grudka, która stopniowo rozszerza się obwodowo w postaci pierścienia o nieregularnym kształcie z nacieczeniem skóry obejmującej zmianę. Czasami odczyn zapalny bardziej jest nasilony na obwodzie a ustępuje w centrum zmiany. Rumień ma kolor czerwony lub niebieskoczerwony, jest ocieplony i niebolesny [1, 7].



Rycina 2. Rumień wędrujący (*erythema migrans*) widoczny na kończynie dolnej pacjenta w I stadium choroby z Lyme [źródło: materiał własny]



Rycina 3. Rumień wędrujący (*erythema migrans*) widoczny na kończynie górnej pacjenta w I stadium choroby z Lyme [źródło: materiał własny]

Rumień wędrujący u chorych nie leczonych zanika zazwyczaj w ciągu 3-4 tygodni. U leczonych w ciągu kilku dni, pozostawiając jednak niekiedy przebarwienie lub odbarwienie skóry. Zmianom skórnym mogą towarzyszyć zmiany rzekomogrypowe jak gorączka lub stany podgorączkowe, bóle głowy, mięśni i stawów, powiększone węzły chłonne, czasami sztywność karku. U 70-80% chorych zakażonych borelią występują objawy skórne, które zanikają w ciągu 4 tygodni. U około 60% nieleczonych osób choroba przechodzi w okres drugi. Rumień rzadko samoistnie ustępuje przed upływem 4 tygodni. Nieleczony rumień wędrujący utrzymywać się może od kilku tygodni do kilku miesięcy, a nawet roku [19].

B. Chłoniak linocytarny skóry

Chłoniak linocytarny skóry (*Lymphadenosis cutis benigna*) jest to stosunkowo rzadka postać boreliozy z Lyme. Zwykle występuje na płatku małżowiny usznej, na brodawce sutka lub na mosznie. Najczęściej spotykana jest u dzieci. W większości przypadków ujawnia się do dziesiątego miesiąca od ukłucia przez kleszcza. Jest to niebolesny, niebieskoczerwony guzek lub blaszka. Może także jednocześnie występować z *erythema migrans*. Rzekomemu chłoniakowi skóry często towarzyszy złe samopoczucie, stany podgorączkowe, bóle kostno-stawowe oraz objawy neurologiczne, tj. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Towarzyszyć może mu powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Nieleczony rzekomy chłoniak ustępuje samoistnie po kilku miesiącach. Zastosowana antybiotykoterapia likwiduje zmianę nie pozostawiając śladu. Nielezione zmiany utrzymują się kilka lub kilkanaście miesięcy, a sporadycznie nawet do kilku lat [20].

C. Rumień wędrujący mnogi

Rumień wędrujący mnogi występuje w drugim stadium boreliozy. Jego charakterystyczną cechą są zmiany na skórze, które występują niezależnie od miejsca ukłucia przez kleszcza. Zmiany skórne przypominają *erythema migrant* są jednak zwykle mniejsze i z mniejszą tendencją do poszerzania się. Towarzyszyć tej postaci mogą objawy ogólne takie jak męczliwość, stany podgorączkowe, bóle mięśniowo - stawowe [13].

D. Wczesna neuroborelioza

We wczesnej postaci boreliozy z Lyme na zajęcie układu nerwowego może wskazywać kilka zespołów objawowych: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zajęcie nerwów czaszkowych, korzeni nerwowych oraz pojedynczych lub wielu nerwów obwodowych, występujących w różnych kombinacjach lub w sposób izolowany. Zapalenie

korzeni nerwowych pojawia się w okresie 1-12 tygodni, średnio 4–6 tygodni, po pokłuciu kleszcza lub pojawieniu się rumienia wędrującego. Objawy korzeniowe rozwijają się zazwyczaj w konsekwencji bezpośredniej inwazji krętków do włókien nerwowych [21].

W obrazie klinicznym początkowo dominują bóle o rwącym, palącym, rozrywającym lub świdrującym charakterze, wzmagające się nocą. W obrębie kończyn mają one dystrybucję korzeniową, na tułowie zaś segmentalną, opasującą, niekiedy o zmiennej lokalizacji. Motoryczne lub sensoryczne objawy ubytkowe wynikające z uszkodzenia korzeni nerwowych rozwijają się później, po około jednym do kilku tygodni, u 75% pacjentów. Przewlekające się cechy uszkodzenia pni nerwowych zazwyczaj są następstwem zjawisk o charakterze autoimmunologicznym. Deficyt ruchowy w typowych przypadkach ma charakter asymetrycznego niedowładu, silniej wyrażonego lub obecnego wyłącznie w kończynie pokłutej. Fakt ten sugeruje rozprzestrzenianie się krętków drogą nerwów obwodowych w obrębie zajętej kończyny [7, 12].

E. Zapalenie stawów – jako postać stawowa boreliozy

Dolegliwości ze strony układu kostno - stawowego, w klasycznej postaci określane jako boreliozowe zapalenie stawów, należą do częstych objawów boreliozy z Lyme. W przebiegu boreliozy objawy ze strony układu mięśniowo-stawowego mogą występować w każdym stadium choroby [22].

Początek zapalenia stawów jest ostry z wysiękiem, ociepleniem, ale normalnym zabarwieniem skóry nad zajęтым stawem [23]. Najczęściej dolegliwości dotyczą stawów kolanowych (63%), rzadziej skokowych, ramiennych i łokciowych, skroniowo - żuchwowych oraz stawów rąk. Zdarzają się też przypadki z zajęciem stawu biodrowego [24, 25]. Przejście pomiędzy różnymi postaciami zapalenia stawów jest płynne, nie ma też ostrego odgraniczenia pomiędzy objawami we „wczesnej” i „późnej” boreliozie, a granicę pomiędzy tymi stadiami (6 lub 12 miesięcy od zachorowania) należy traktować umownie. Dolegliwości kostno-stawowe należą do typowych objawów zakażenia *B. burgdorferi*, choć częstość ich rozpoznawania może być zawyżona na skutek mało charakterystycznego obrazu klinicznego i niskiej swoistości diagnostyki serologicznej [26].

Borelioza z Lyme postać późna

Borelioza z Lyme jest schorzeniem ,w którym poszczególne okresy trwają różnie długo, wzajemnie się przenikając. Wszelkie podziały mają zatem charakter schematów, w

których nakreślenie ostrych granic jest niemożliwe. Późna faza choroby może być następstwem zakażenia sprzed kilku lub kilkunastu lat.

Rozpoznanie późnej (przewlekłej) fazy boreliozy opiera się na następujących kryteriach:

- ❖ choroba jest obecna przez przynajmniej rok;
- ❖ utrzymują się przewlekłe poważne objawy neurologiczne lub stawowe;
- ❖ infekcja BB jest aktywna pomimo zastosowanej antybiotykoterapii [2, 5, 17, 22].

Do rozpoznania późnej boreliozy wymagane jest spełnienie wszystkich 3 kryteriów jednocześnie.

Oprócz objawów stawowych i neurologicznych ten etap choroby może się charakteryzować różnymi symptomami ogólnymi i narządowymi, co utrudnia rozpoznanie czynnika etiologicznego.

Wśród objawów dominujących w późnej (przewlekłej) fazie boreliozy zarejestrowano takie objawy jak: zmęczenie, bóle kostno-mięśniowe oraz zaburzenia funkcji poznawczych (problemy z pamięcią, koncentracją, formułowaniem myśli) [26].

Oprócz objawów stawowych i neurologicznych, dla tego etapu choroby charakterystyczna jest neuropatia o typie rękawiczek lub pończoch oraz skórne zmiany zapalne, które noszą nazwę acrodermatitis atrophicans, pojawiają się niesymetrycznie i powodują ścieżenie oraz zanik skóry na zajętych obszarach [2].

Należy podkreślić, iż ogromna różnorodność tych objawów utrudnia postawienie rozpoznania boreliozy w tym okresie.

Późne postacie Boreliozy

A. Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn

Występuje po roku do kilku lat od zakażenia. Ma wygląd czerwonych lub niebieskoczerwonych zmian na zewnętrznych powierzchniach kończyn. W tym okresie zmianom może towarzyszyć ciastowaty obrzęk, z następowym zanikiem skóry. Niekiedy dochodzi do stwardnienia skóry nad dużymi stawami. Dość często postać ta jest powiązana z mononeuropatią [11, 22].

Początkowo stan zapalny postępuje powoli i trwa wiele lat. Z czasem zmiany zapalne przechodzą w zmiany zanikowe i obserwowane jest ścieżenie skóry właściwej, z uwidocznieniem żył powierzchownych, tzw. skóra papierowa (pergaminowa).

Zanikowe zapalenie skóry najczęściej występują w okolicy kolan, wyrostków łokciowych, grzbietowych powierzchni stóp i dłoni. Zwraca też uwagę fakt, iż występuje głównie u dorosłych, częściej u kobiet [11, 27]

B. Przewlekłe zapalenie stawów

W późnym okresie choroby z Lyme występują zmiany chorobowe w układzie ruchu. Za przewlekły uznaje się proces zapalny utrzymujący się ponad rok. Radiologicznie w tych stanach stwierdza się zwężenie szpary stawowej, czasem nadżerki z niszczeniem chrząstki stawowej i struktur kości. Zmiany histopatologiczne błony maziowej przypominają reumatoidalne zapalenie stawów, odkładanie się włókniaka, nacieki z komórek jednojądrzastych, proliferację naczyń [3, 6, 17].

C. Późna neuroborelioza

Do późnej postaci neuroboreliozy zaliczane są zmiany w układzie nerwowym ujawniające bądź utrzymujące się ponad 12 miesiącach od wystąpienia pierwszych objawów choroby po zakażeniu [16, 28].

W postaci późnej boreliozy z Lyme może dojść do zajęcia obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego: polineuropatii oraz przewlekłego postępującego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego. W części przypadków proces zapalny obejmuje naczynia mózgowia. Objawy rozwijają się kilka miesięcy od infekcji, wykazując tendencję do stopniowej progresji, często z okresami remisji i zaostrzeń, a ich podłożem patogenetycznym są zaburzenia immunologiczne [2].

Przewlekła polineuropatia w przebiegu neuroboreliozy ma charakter ruchowo-czuciowy. Manifestuje się dolegliwościami o umiarkowanym nasileniu, w wielu przypadkach okresowo ustępującymi. W obrazie klinicznym dominują parestezje, obejmujące symetryczne dystalne odcinki kończyn. Upośledzenie czucia nie jest objawem stałym, najczęściej dotyczy czucia wibracji. Symptomatologię uzupełniają bóle o charakterze korzeniowym, a także nadwrażliwość na bodźce bólowe. Zazwyczaj nie obserwuje się subiektywnych objawów ze strony funkcji ruchowej nerwów obwodowych, niekiedy jednak może wystąpić osłabienie lub zniesienie odruchów ścięgniastych [17].

D. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby z Lyme

Następstwem choroby Lyme mogą towarzyszyć zaburzenia psychiczne, zarówno we wczesnym jak i późnym okresie choroby, również wtedy pojawiają się objawy psychiatryczne

[28]. W obrazie klinicznym dominują wówczas zaburzenia osobowości oraz upośledzenie sprawności intelektualnej - symptomatologia obejmuje deficyty pamięci (głównie słownej oraz przypominania), zaburzenia artykulacji i koncentracji uwagi, spowolnienie myślenia, a także drażliwość i labilność emocjonalną [4, 26].

E. Inne zmiany narządowe wywołane boreliozą

Oprócz charakterystycznych objawów stawowych i neurologicznych borelioza może się charakteryzować innymi zmianami narządowymi, co utrudnia rozpoznanie czynnika etiologicznego.

Występuje zapalenie spojówek z obrzękiem około oczodołowym, światłowstrętem, zapaleniem nadtwardówki oraz wylewami podspojówkowymi. Może zapalenie rogówki z obuoicznymi jej zmętnieniami lub owrzodzeniami rogówki [28]. Borelioza może mieć także wpływ na zapalenie wątroby [15].

Należy podkreślić, iż późnej fazie boreliozy mogą wystąpić ogniska niedokrwienne lub krwotoczne, prowadzące do padaczki, udaru, zmian otępieniowych. Dolegliwości ze strony układu oddechowego (kaszel) oraz układu pokarmowego (nudności, biegunka) uważane są za wielce nietypowe [5, 15].

Bakteria *Borrelia burgdorferi* ma powinowactwo do tkanki łącznej, w związku z tym może ma to wpływ obraz kliniczny będzie obejmował zajęcie całości organizmu, a nie tylko wymienione skórę, stawy, układ nerwowy czy serce [15, 17, 22].

Diagnostyka boreliozy z Lyme

Rozpoznanie boreliozy opiera się na dokładnie zebranych wywiadzie chorobowym który odgrywa kluczową rolę, objawach klinicznych, badaniach laboratoryjnych. oraz badaniu przedmiotowym pacjenta [11, 23].

Podstawą rozpoznania są badania serologiczne mające na celu wykrycie w surowicy krwi przeciwciał dla swoistych antygenów bakterii. Testy serologiczne potwierdzają lub uzupełniają rozpoznanie jednostki chorobowej. W takich przypadkach ważne jest śledzenie dynamiki zmian przeciwciał w klasie IgM i IgG dla oceny wyników leczenia i dalszego postępowania [29].

Podjezwając boreliożę wykonuje się badanie ELISA, które należy powtórzyć po 3-4 tygodniach. Przeciwciała rzadko udaje się wykryć przed upływem 6 tygodni od zakażenia. Należy podkreślić, że ujemne testy serologiczne na boreliożę mogą być spowodowane także

niedostateczną antybiotykoterapią, sekwestracją przeciwciał w kompleksach immunologicznych i stanem immunologicznym pacjenta [5, 7, 18].

Leczenie boreliozy

Osoby chore na boreliozę, szczególnie w stadium zakażenia przewlekłego, wymagają nie tylko opieki lekarskiej w kwestii farmakoterapii, lecz również opieki psychologicznej i wsparcia na skutek pogorszenia jakości życia zawodowego, społecznego i rodzinnego [23].

Leczenie boreliozy opiera się na zastosowaniu antybiotykoterapii, wspomaganej w niektórych przypadkach niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi lub inną terapią objawową. Jest ono skuteczne, jeśli chorobę wcześnie rozpoznano i zastosowano leczenie antybiotykiem dobranym stosownie do czasu trwania zakażenia. Podstawowe znaczenie ma tutaj antybiotykoterapia. Głównie stosuje się penicyliny i cefalosporyny. We wczesnej, skórnej postaci także doksyklicynę i erytromycynę. W przypadkach rumienia pełzającego czas podawania antybiotyku wynosi 21 dni. Zmiany skórne mogą ustąpić już po kilku dniach. W Lymphadenosis cutis benigna, leczenie kontynuuje się około czterech tygodni, zaś w przypadku zanikowego zapalenia skóry kończyn – od sześciu do ośmiu tygodni – czasami nawet dłużej [5, 9, 25].

W neuroboreliozy antybiotykiem z wyboru są cefalosporyny III generacji w dawkach zależnych od ciężkości obrazu klinicznego, stosowane przez 30-40 dni. Szczególne trudności w leczeniu boreliozy stanowią jej postaci stawowe, zwykle zbyt późno rozpoznane, dopiero w zaawansowanym okresie choroby. Leczenie w tym przypadku trwa przez 28-30 dni [4,13]. W późnych postaciach Lyme arthritis terapia sprowadza się do leczenia objawowego. Również w leczeniu Lyme carditis stosuje się cefalosporyny III generacji oraz leki nasercowe uwarunkowane wskazaniami, według ogólnie przyjętych zasad [20, 23].

Leczenie boreliozy jest bardzo trudne z tego powodu, że u poszczególnych pacjentów może wystąpić antybiotykooporność oraz wieloobjawowy przebieg choroby [5, 22].

Profilaktyka boreliozy

Zapobieganie i profilaktyka boreliozy wiąże się przede wszystkim z ochroną osobistą każdej osoby. Postawą profilaktyki zapobiegania boreliozy z Lyme jest ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, oraz odpowiednio wczesne ich mechaniczne usuwanie.

Pierwszą profilaktyką w zwalczaniu wszystkich chorób, w tym boreliozy jest dbałość o własny organizm, hartowanie go i dostarczanie odpowiednich pokarmów, czyli zdrowego

pożywienia zwiększającego odporność organizmu. W przypadku boreliozy - choroby układu immunologicznego jest to szczególnie ważne, gdyż krętkom Bb trudniej namnażać się w zdrowym i silnym organizmie, łatwiej zaś w organizmie niedożywionym i osłabionym [1].

Zapobieganie boreliozie oraz kleszczowemu zapaleniu mózgu w dużej mierze zależy od nas samych i związane jest z unikaniem ekspozycji na kleszcze. W przypadkach kiedy jest to niemożliwe stosujemy nieswoiste formy zapobiegania chorobom odkleszczowym, takie jak:

- ❖ codzienne dokładne oglądanie ciała po powrocie z terenu „kleszczowego”;
- ❖ noszenie jasnych ubrań osłaniających skórę, z długimi rękawami i obcisłymi mankietami oraz spodni z długimi nogawkami, wkładanymi w skarpety i buty z długimi cholewkami.

Pomocne może być także stosowanie dostępnych w aptece bez recepty repelentów czyli preparatów przeciw kleszczom, ale u niektórych osób mogą one wywoływać reakcje uczuleniowe na skórze. Po każdej wycieczce na łono natury należy dokładnie obejrzeć całe swoje ciało w celu poszukiwania małych czarnych punkcików czyli kleszczy.

Należy zaznaczyć, iż nie istnieje zapobieganie swoiste polegające na podaniu szczepionki lub immunoglobuliny. Aktualnie niedostępne są preparaty do immunoprofilaktyki boreliozy z Lyme. Brak jest także skutecznej szczepionki przeciwko tej krętkowicy [20].

Jednak dodatkowo u osób z grup ryzyka tj. przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu kleszczowego zapalenia mózgu, a w szczególności osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii zaleca się szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu [3, 4,11].

Szczepionka ta zawiera inaktywowane wirusy kleszczowego zapalenia mózgu. Szczepienie podstawowe składa się z trzech dawek podanych w ciągu 12 miesięcy i warto zacząć je na początku roku (w styczniu-lutym), aby wytworzona odporność poszczepienna była już skuteczna w okresie kwietniowo-majowego szczytu aktywności kleszczy. Po dawce III działanie ochronne szczepionki występuje u ponad 97% szczepionych i utrzymuje się co najmniej przez 3 lata, dlatego po zakończeniu szczepienia podstawowego zaleca się dawkę podtrzymującą szczepionki co kolejne 3 lata. W przypadku boreliozy, nie dysponujemy jeszcze szczepionką zapobiegającą tej chorobie [20, 29].

Prawidłowe usuwanie kleszcza ze skóry

Jeśli na swoim ciele znajdziemy intruza jakim jest kleszcz należy go jak najszybciej usunąć. Wprawdzie do przeniesienia się bakterii wywołujących choroby ze śliny kleszcza wystarczy kilka minut to jednak jak najszybsze usunięcie kleszcza zmniejsza wielokrotnie ryzyko zachorowania. Przy usuwaniu kleszcza należy szczególnie uważać, gdyż nieumiejętne wyciągnięcie go ze skóry może przynieść ze sobą wiele przykrych konsekwencji [30].

Wprowadzenie bakterii *B. burgdorferi* do skóry następuje po 24 godzinach żerowania kleszcza. Dlatego wkłutego kleszcza, przy użyciu pęsety należy chwycić jak najbliżej skóry i wyciągnąć go zdecydowanym prostym ruchem na zewnątrz. Niebezpieczne jest nie tyle pozostawienie aparatu gębowego kleszcza w skórze, lecz wprowadzenie bakterii wskutek nieskutecznych manipulacji powodujących wciśnięcie treści jelit kleszcza do ranki, gdy kleszcz został nieprawidłowo wyjęty (został uciśnięty palcami, podrażniony toksycznymi chemikaliami lub rozerwany w ten sposób, że jego wnętrzości miały kontakt z raną po ukąszeniu), takie działania zwiększają ryzyko zakażenia [20, 25].

Jeśli kleszcz zagnieździł się bardzo głęboko lepiej samemu nie podejmować próby usunięcia pasożyta tylko jak najszybciej zgłosić się do lekarza.

Usuwanie kleszcza najlepiej przeprowadzić pęsetą. Należy go chwycić jak najbliżej skóry i zdecydowanym ruchem pociągnąć w górę. Jeśli pomimo starań fragmenty kleszcza pozostały w ciele należy je usunąć dokładnie a w razie problemów udać się do lekarza. Miejsce po ukąszeniu należy przemyć spirytusem [20].

Nie wolno kleszczem kręcić, wyciskać ani smarować masłem, tłuszczem, benzyną - kleszcz dławiąc się będzie wypluwał ślinę zawierającą bakterie powodujące choroby.

Podsumowanie

Tak małe stworzenie, może spowodować tak dokuczliwe, objawiające się po wielu latach, nawet zagrażające życiu objawy. Dlatego tak ważne jest właściwe "ogłądanie" siebie po przyjsciu ze spaceru, lasu jaki wczesne zgłaszanie objawów i/lub wykonywanie diagnostyki.

Piśmiennictwo

1. Adamek B.: Narazenie pracowników leśnych na choroby odkleszczowe a stosowane metody prewencji. Przegląd Epidemiologiczny, 2006, 60, 11-15.

2. Andrzejewski A, Woźniakowska - Gęsicka T, Wiśniewska - Ligier M: Odrębności przebiegu zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi* u dzieci. Przegląd Epidemiologiczny, 2006, 60, 16-22.
3. Andrzejewski A.: Analiza przebiegu zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi* u dzieci. Przegląd Epidemiologiczny, 2006, 60, 16-22.
4. Biesiada G., Czapiel J., Sobczyk-Krupiarz I.: Neuroborelioza z objawami pozapiramidowymi- opis przypadku. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 2008, 118, 314-317.
5. Cisak E: Mechanizmy patogenetyczne *Borrelia burgdorferi* w aspekcie nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej boreliozy z Lyme. Medycyna Ogólna, 2006, 12, 3-4.
6. Dybowska D.: Borelioza. Narastający problem kliniczny. Wiadomości Lekarskie, 2006, 59, 23-26.
7. Dziubek Z. (red.): Choroby zakaźne niby pasożytnicze. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 472-473.
8. Flisiak R., Pancewicz S.: Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Przegląd Epidemiologiczny, 2008, 62, 193-199.
9. www.borelioza.org.pl www.borelioza.org.pl (pobrano dnia 7.08.2017).
10. Flisiak R., Szechiński J.: Choroby odkleszczowe [w:] Choroby wewnętrzne, Szczeklik A. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2006, 2141-2150.
11. Garlicki A.: Współczesne leczenie boreliozy z Lyme. Przegląd Epidemiologiczny, 2007, 61, 449-456.
12. Grzeszczuk A (red.): Borelioza w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
13. Jurkiewicz-Sokalska M.: Borelioza. Służba Zdrowia, 2007, 80-83, 3681-3684.
14. Kirschnick O.: Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 1999, 77, 209 – 214.
15. Klimaszewski A. (red.): Borelioza i współinfekcje. Najczęściej zadawane pytania. Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę, Warszawa 2009, 11-26.
16. Klimczak M, Gładysz M, Ząbek J: Diagnostyka różnicowa Lyme-arthritis z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Przegląd Epidemiologiczny, 2006, 60, 58-59.
17. Kuliński W, Haładyna W, Gregajtys A, Bazan M, Leśniewski P: Problemy w postępowaniu fizykalno - usprawniającym w przebiegu boreliozy. Balneologia Polska, 2006, 1, 30-35.

18. Legatowicz-Koprowska M., Gziut A.I., Walczak E.: Borelioza jednoczesne zajęcie serca oraz zaburzenia psychiczne. Opis przypadku. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2008, 143, 433-435.
19. Noworyta J, Brasse-Rumin M, Ząbek J: Ocena wartości serodiagnostyki bakteriologicznej u chorych na niesklasyfikowane zapalenie stawów. *Reumatologia*, 2008, 46, 115-124.
20. Ołdak E., Rożkiewicz D., Sulik A.: Objawy kliniczne u dzieci z dodatnim i ujemnym testem potwierdzenia (Western-blot) w kierunku boreliozy z Lyme. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2008, 62, 77-82.
21. Ołdak E., Sulik A., Rożkiewicz D.: Znaczenie testu immunoblot w weryfikacji rozpoznań boreliozy z Lyme u dzieci. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2008, 62, 83-87.
22. Pancewicz A. S.: Parametry obrony antyoksydacyjnej w surowicy krwi a wiek pracowników leśnictwa zakażonych krętkiem *Borrelia burgdorferi* - bezobjawowych nosicieli przeciwciał - doniesienie wstępne. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2006, 60, 102-108.
23. Popławska R., Konarzewska B., Gudel-Trochimowicz I., Szulc A.: Zaburzenia psychiczne w ostrej i przebytej neuroboreliozie. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2001, X, 55, 36-37.
24. Przytuła L.: Diagnostyka i leczenie boreliozowego zapalenia stawów. *Przegląd Epidemiologiczny*, 2006, 60, 125-130.
25. Rostoff P., Konduracka E., El Massri N: Boreliozowe zapalenie serca manifestujące się jako ostry zespół wieńcowy. *Kardiologia Polska*, 2008, 66, 420-425.
26. Stanisławska-Biernat E.: Współczesne podejście do diagnostyki i leczenia boreliozy. *Terapia*, 2006, 2, 57-60.
27. Witecka-Knysz E., Klimczak M., Lakwa K.: Borelioza-Dlaczego diagnostyka jest tak trudna? *Diagnostyka Laboratoryjna*, 2007, 2, 11-16.
28. Wojtyniak B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny*, Warszawa 2008, 12-15.
29. Zajkowska J., Kondrusik M., Grygorczuk S.: Porównanie testów wykrywających przeciwciała przeciw antygenom *Borrelia burgdorferi* opartych na jednym genogatunku (EIA) i antygenach rekombinowanych (ELISA). *Przegląd Epidemiologiczny*, 2006, 60, 171-176.
30. Zajkowska J., Hermanowska-Szpakowisz T., Pancewicz S.: Borelioza z Lyme - zasady skutecznego leczenia. *Zakażenia*, 2007, 4, 11-14.

ROZDZIAŁ III

JAKOŚĆ ŻYCIA

W

NAUKACH SPOŁECZNYCH

**Dmitruk Kamila¹, Cybulski Mateusz², Łobaczuk-Sitnik Anna³,
Krajewska-Kulak Elżbieta¹**

1. Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Logopedia z Fonoaudiologią,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia osób dorosłych z zaburzeniami narządu słuchu

Wprowadzenie

Od stuleci celem medycyny jest wydłużenie życia ludzi. Wraz z postępowaniem rozumiano, że czas nie jest odpowiednim wyznacznikiem pomiaru rozwoju leczenia. Zaczęto przeprowadzać badania, co do poprawy jakości życia. W ujęciu medycznym jest to ściśle powiązane z fizycznymi, społecznymi i psychicznymi działaniami nauk zdrowotnych, które wpływają na postrzeganie człowieka [1, 2].

Słuch jest zmysłem, który umożliwia nam kontakt ze światem oraz pomaga rozpoznawać otoczenie. Wielu z nas czułoby się zagubionym nie mogąc odbierać dźwięków z otaczającego nas świata. Utrata słuchu jest powszechnym problemem związanym ze starzeniem się bądź doznaniem choroby lub wypadku. Szacuje się, że na 1000 urodzonych 1-5 dzieci rodzi się z głuchotą [3]. Na oddziałach neonatologicznych tuż po narodzinach przeprowadzane są badania przesiewowe, które pomagają wykryć dysfunkcje narządu słuchu. U osób, u których rozpoczęła się wczesna diagnoza, można zapobiec opóźnieniom rozwojowym, które nastąpią, jeśli dziecko nie będzie miało dostępu do mowy. Taka interwencja wpłynie na jakość życia danej osoby [3].

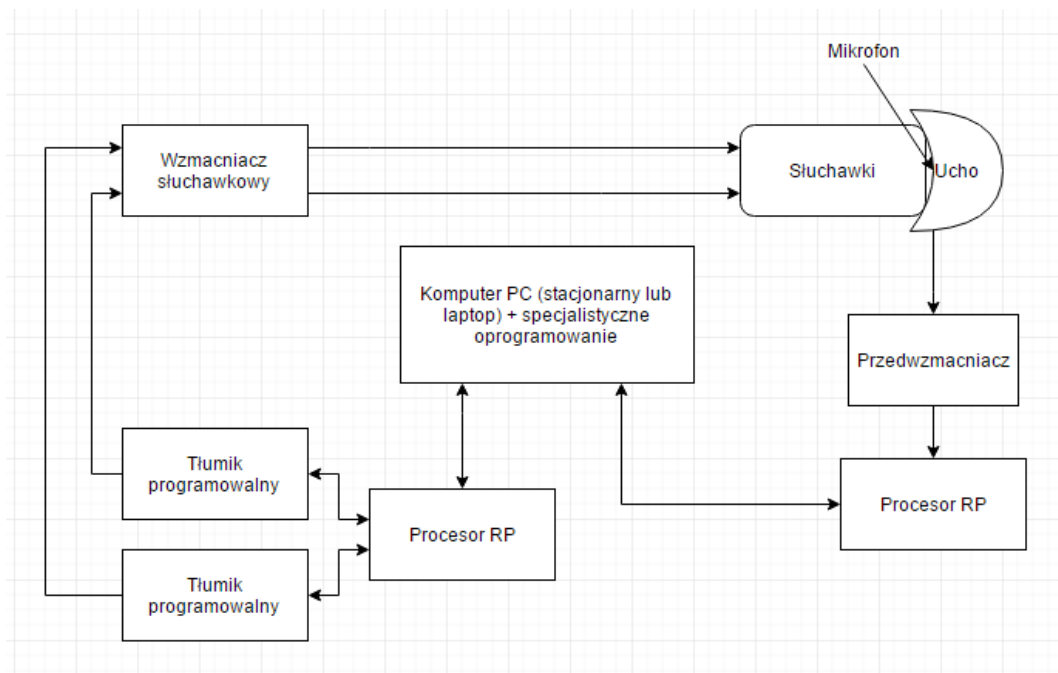
Rozwinięcie

Metody badań słuchu

Otoemisja akustyczna

Otoemisja akustyczna jest jedną z metod obiektywnych stosowanych w audiologii, która pozwala wykryć niedosłuch odbiorczy pochodzenia ślimakowego. Do pomiaru używa się bardzo czułych mikrofonów wysokiej klasy i odpowiednich słuchawek. Dźwięk wytwarzany i rejestrowany jest dzięki specjalnemu programowi komputerowemu, który zarządza wymianą informacji [4].

Na Rycinie 1 zilustrowano ogólny schemat układu pomiarowego badań OAE [5].



Rycina 1. Ogólny schemat układu pomiarowego do badań OAE [5]

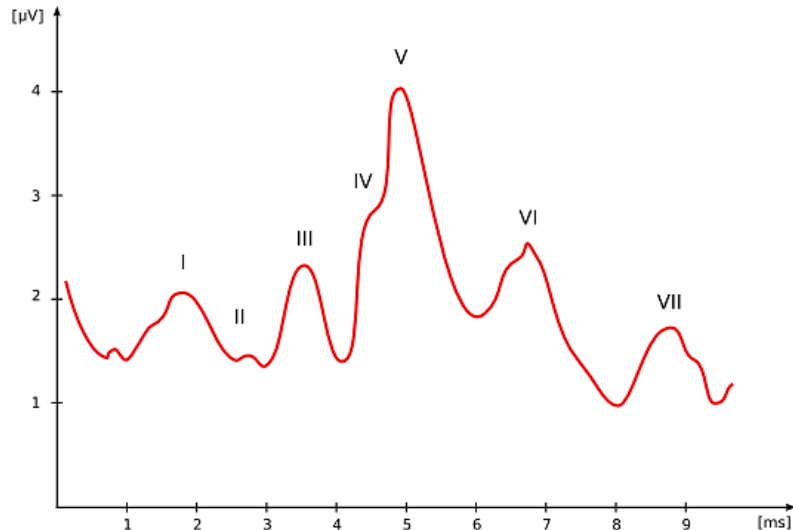
Emisje otoakustyczne są ściśle związane z komórkami słuchowymi zewnętrznymi, a dokładnie z ich kurczliwością. Dzięki tym komórkom wytwarzany jest słaby sygnał akustyczny, który jest wynikiem sprzężenia zwrotnego między nimi, a błoną pokrywkową i podstawną. OAE można podzielić na dwa rodzaje: spontaniczne i wywołane [5]. Emisje otoakustyczne spontaniczne występują samoistnie, tj. bez podawania impulsu dźwiękowego. Nie występują one u każdego. Obliczono, że występują one od kilkunastu do 50-68% osób, które mają prawidłowy słuch, dlatego nie mają większego klinicznego zastosowania [5].

Otoemisje wywołane występują u każdej osoby zdrowej otologicznie. Jest to jedna z najcenniejszych metod badania słuchu. Wyróżniamy trzy typy EOAEs, które różnią się wykorzystanym bodźcem [6]. Pierwszy typ to emisja otoakustyczna wywołana trzaskiem,

która jest metodą najczęściej wykorzystywaną w medycynie. Rejestruje się ją u 95-100% badanych o prawidłowym słuchu. Wraz z wiekiem, w szczególności powyżej 60 roku życia występowanie TOAE zmniejsza się z powodu naturalnych ubytków słuchu [6]. Następną odmianą otoemisji wywołanych są produkty zniekształceń nieliniowych, które powstają podczas stymulacji ucha dwoma czystymi tonami nadawanych jednocześnie o różnych częstotliwościach. Powodują one emisję ze ślimaka tonu o jeszcze innej częstotliwości i amplitudzie. Trzecim rodzajem jest emisja wywołana tonem czystym o określonej częstotliwości [6].

Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (ABR)

Słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (ABR) są to zjawiska elektryczne powstające w mózgu jako odpowiedź na bodziec dźwiękowy. ABR stosowane są w diagnostyce słuchu, ocenie proggu słyszenia, monitorowaniu aktywności nerwu słuchowego i pnia mózgu, ocenie zysku z aparatów słuchowych oraz testach przesiewowych słuchu [5]. Badanie jest wykonywane dzięki trzem elektrodom powierzchniowym. Jedna z nich jest umieszczona na czubku głowy w linii pośrodkowej, druga elektroda jest umiejscowiona za uchem badanym, zaś trzecia, tzw. elektroda uziemiająca znajduje się na wyrostku sutkowatym ucha przeciwnego. Potencjały są rejestrowane po 10 ms od podania bodźca dźwiękowego. Składają się one z kilku fal, które oznaczamy cyframi rzymskimi [5]. Fala I jest wytwarzana w dystalnej części nerwu słuchowego, a fala II w części proksymalnej. Fala III generowana jest głównie w jądrach ślimakowych, fala IV w oliwce górnej, natomiast fala V w jądrach wstęgi bocznej. Wyróżnia się latencje fal I, III i V oraz ich wartości czasowe. Zaaprobowano, że interwał I-III obrazuje przewodnictwo nerwu słuchowego, a III-V reakcje w pniu mózgu [5]. Na Rycinie 2 przedstawiono przykładowy wykres analizy ABR.



Rycina 2. Przykładowy wykres analizy ABR (rycina na licencji Creative Commons 2.5, stworzona przez Stanisława Raczyńskiego)

Audiometria tonalna

Audiometria tonalna jest najczęściej stosowanym badaniem w diagnostyce zaburzeń słyszenia. Ma ono na celu wyznaczenie progów słyszenia różnych częstotliwości dla przewodnictwa kostnego i powietrznego. Wykonywane jest oddzielnie dla każdego ucha. Dzięki audiometrii możemy zlokalizować oraz określić uszkodzenie słuchu [6]. Do wykonania badania potrzebne są odpowiednie warunki oraz specjalistyczny sprzęt. Pomieszczenie, w którym dokonywane są pomiary powinno być izolowane akustycznie tak, aby natężenie hałasu nie wychodziło poza 20-30 dB. Niezbędny jest także audiometr ze słuchawką powietrzną oraz kostnym wibratorem [6].

Audiometria mowy

Audiometria mowy inaczej nazywana jest audiometrią słowną. Jest ona wykorzystywana jako uzupełnienie audiometrii tonalnej w celu oceny zrozumienia mowy słyszanej przez osobę [4]. Jest badaniem ilościowym i jakościowym, polegającym na zapisywaniu bądź powtarzaniu usłyszanych wyrazów lub zdań o różnym natężeniu. Wykorzystuje się ją do oceny komunikacji w warunkach naturalnych i laboratoryjnych, diagnostyki uszkodzeń słuchu oraz do protezowania narządu słuchu. Badanie wykonuje się oddzielnie dla ucha prawego i lewego [4].

Próby stroikowe

Próby stroikowe są subiektywnymi metodami badania słuchu wykonywanymi za pomocą kamertonu (stroika). Najczęściej wykorzystywane są próby Webera i Rinne'go [5]. Oceną lateralizacji dźwięku stroika zajmuje się próba Webera. Polega ona na przyłożeniu wzbudzonego stroika do czaszki w linii pośrodkowej. Osoba badana ma odpowiedzieć, w jakim miejscu lokalizuje rozchodzący się dźwięk (środek czaszki lub wybrane ucho). Jeżeli słuch jest prawidłowy, wibracje będą rozchodziły się równomiernie po całej głowie [5]. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z jakimkolwiek niedosłuchem wyniki próby będą następujące:

- jednostronny przewodzeniowy niedosłuch: wibracje odczuwane w uchu chorym;
- jednostronny odbiorczy niedosłuch: dźwięk odczuwany w zdrowym uchu;
- jednostronny niedosłuch mieszany: dźwięk lateralizuje do ucha chorego dla częstotliwości z rezerwą ślimakową bądź wibracje odczuwalne w uchu zdrowym z częstotliwością bez rezerwy ślimakowej;
- obustronny przewodzeniowy niedosłuch: wibracje odczuwane w uchu, które ma większą rezerwę ślimakową;
- obustronny odbiorczy niedosłuch: dźwięk lateralizuje do ucha, które lepiej odbiera przewodnictwo kostne [5].

Próbę Webera należy uzupełnić próbą Rinne'go [7]. Polega ona na porównaniu długości odbierania dźwięku przewodnictwem kostnym i powietrznym. Badanie wykonuje się oddzielnie dla każdego ucha. Prawidłowy wynik jest wtedy, gdy dłuższy jest czas trwania przewodnictwa powietrznego, niż kostnego. Przy odwrotnym wyniku mamy do czynienia z niedosłuchem przewodzeniowym, natomiast przy niedosłuchu odbiorczym czas trwania przewodnictwa powietrznego jest dłuższy, lecz oba czasy trwają krócej, niż u osób z prawidłowym słuchem [7].

Klasyfikacja uszkodzeń słuchu Międzynarodowego Biura Audiofonologii

Schorzenia narządu słuchu można podzielić na wrodzone i nabyte. Wady wrodzone mogą być spowodowane nieprawidłowościami w budowie narządu słuchu. Często przyczynami zaburzeń słuchu mogą być choroby przebyte w dzieciństwie, a także dolegliwości matki w trakcie ciąży [8]. Najczęściej spotykaną wadą jest niedosłuch. Jest to pogorszenie jakości słyszenia związane z nieprawidłowym przewodzeniem sygnałów

dźwiękowych. Można je skorygować używając aparatów wzmacniających impulsy dźwiękowe. Do tej grupy pacjentów zalicza się osoby z lekkim i umiarkowanym uszkodzeniem słuchu [8].

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) zaleciło terminologię, dzięki której można wyróżnić osoby, u których występuje uszkodzenie słuchu w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim [9]. Opracowana klasyfikacja wykorzystuje wyniki audiometrycznego progowego badania słuchu. Badanie to polega na pomiarze ubytku słuchu dla tonów o różnych częstotliwościach przy przewodnictwie kostnym i powietrznym. Wyniki przedstawiane są za pomocą audiogramów, które wskazują próg słyszenia. Aby dokonać klasyfikacji pacjentów wykorzystuje się wzór Fletchera, do którego podstawia się progowy ubytek słuchu w decybelach dla częstotliwości 500 Hz, 1000 Hz i 2000 Hz, przy czym 120 dB ubytku traktuje się jako brak reakcji. Otrzymane wartości należy dodać, a następnie podzielić przez trzy. Dane wylicza się dla każdego ucha oddzielnie, lecz do klasyfikacji brane jest pod uwagę lepsze ucho, a nie wyliczona średnia. Za normę uważa się wynik do 20 dB. Ubytki powyżej tej granicy klasyfikuje się zgodnie z Tabelą I [9].

Tabela I. Klasyfikacja uszkodzeń słuchu BIAP [9]

Ubytek słuchu w decybelach	Stopień uszkodzenia słuchu
20-40 dB	lekki
41-70 dB	umiarkowany
71-90 dB	znaczny
powyżej 90 dB	głęboki

Pierwszym stopniem jest lekki ubytek słuchu, który mieści się w przedziale od 20 do 40 decybeli i nie stanowi znaczącej przeszkody w funkcjonowaniu oraz wypełnianiu roli społecznej. Pacjent może mieć problemy ze słyszeniem w hałasie, z dużej odległości, a także z rozróżnianiem niektórych głosek. Większość osób dotkniętym tym ubytkiem słuchu nie używa aparatów słuchowych i nie korzysta z pomocy medycznej [9].

Kolejnym stopniem jest umiarkowane uszkodzenie słuchu. Rozumienie mowy jest możliwe tylko w odpowiednich warunkach akustycznych korzystnych dla słuchacza. Większość ludzi korzysta z aparatów słuchowych, które wspomagają funkcjonowanie. Jeżeli uszkodzenie słuchu nastąpiło już w dzieciństwie i nie odbyło się odpowiednie kształcenie w tym kierunku możliwe, że będą mu współtowarzyszyć zaburzenia mowy spowodowane brakiem wzorców językowych [9].

Przy uszkodzeniu w stopniu znacznym odbiór mowy bez użycia jakichkolwiek pomocy technicznych jest niemożliwy. Zdarza się, że nawet dobrze dobrane aparaty słuchowe nie gwarantują pełnej identyfikacji dźwięków. Stopień rozwoju i jakości mowy zależy od momentu, w którym nastąpiło uszkodzenie narządu słuchu. Jeżeli uraz nastąpił w czasie rozwoju mowy, spowoduje to jej regres, natomiast gdy w okresie postlingwalnym, czyli po ukształtowaniu się mowy i opanowaniu języka – wystąpi zaburzenie barwy głosu. Dla tych osób znaczący wpływ na jakość życia ma kompensacja [9].

Uszkodzenie w stopniu głębokim, czyli ubytek powyżej 90 dB uniemożliwia rozumienie mowy nawet przy stosowaniu aparatów wzmacniających impulsy dźwiękowe. Ludzie z takim defektem nazywani są osobami niesłyszącymi bądź głuchymi. Przy takim ubytku rozumienie mowy jest niemal niemożliwe. Istotną rolę odgrywa tu odczytywanie mowy z ust. Takie osoby próbują komunikować się za pomocą języka migowego i mowy. Jednak, gdy jej opanowanie jest niemożliwe, komunikacja odbywa się tylko z wykorzystaniem języka migowego [8].

Kompensacja u niesłyszących

Utrudnienie w odbieraniu bodźców dźwiękowych wymusza na człowieku uzupełnianie braków innymi środkami. Niestety, w przypadku uszkodzenia słuchu nic nie będzie w stanie zastąpić go całkowicie. Najbardziej powszechnym sposobem wzrokowo-słuchowym kompensacji jest odczytywanie mowy z ust, które polega na znajomości zewnętrznego układu artykulacyjnego głoski i rozpoznaniu go u nadawcy wypowiedzi, dzięki czemu wypowiedź jest rozumiana [10]. Zjawisko to musi być uzupełnione wrażeniami słuchowymi, ponieważ dla każdego kinemu odpowiada kilka głosek, które różnią się np. dźwięcznością, przez co nie jest możliwe całkowite odczytanie wiadomości [8].

Kolejnym sposobem wyrównania braków jest implantowanie bądź aparatowanie. Wiadomo nie od dziś, że te urządzenia wpływają pozytywnie na jakość życia, ponieważ umożliwiają pełne uczestnictwo w kontaktach społeczno-kulturalnych oraz pozwalają na lepsze eksploataowanie potencjału jednostki [8].

Czynniki wpływające na jakość życia osób z zaburzeniami słuchu

W badaniach dotyczących czynników wpływających na satysfakcję z życia, przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny dowiedziono, że głównym determinantem był stan zdrowia, który wyznaczał fizyczne predyspozycje danego osobnika. Nie brano pod uwagę faktu, czy dane braki były zaliczane jako niepełnosprawność. Na ocenę

jakości wpływ miało także samopoczucie psychiczne [10]. Niekiedy samo spełnienie się jako partner wpływa diametralnie na postrzeganie samego siebie, co odbija się na jego jakości życia. Fakt, że ktoś zaakceptował dane braki i identyfikuje daną osobę jako osobę w pełni sprawną od razu zmienia sposób odczuwania własnego ubytku [11].

Poczucie własnej wartości silnie wpływa na funkcjonowanie organizmu. Zaburzenia w kreowaniu własnej osoby determinują problemy osobowościowe i interpersonalne, niezdolność do osiągnięcia wyznaczonych sobie celów życiowych, a nawet depresje. Wyniki badań poświęconych samoocenie osób z zaburzeniami słuchu nie są jednolite. Pod uwagę brano komunikację, stopień uszkodzenia oraz sposób radzenia sobie. Dowiedziono, że utożsamianie się ze wspólnotą głuchych pozytywnie wpływa na obraz samego siebie. Ludzie z głębszym niedosłuchem oraz osoby, które nie odczuły szykanowania przez słyszących rówieśników wykazywali wyższą samoocenę. Niestety, wyniki odnoszą się do pojedynczych jednostek. Analizując piśmiennictwo należy rozpatrywać wpływ czynników biologicznych jako uwarunkowań satysfakcji z życia osób niesłyszących [12].

Pierwszym tego typu wskaźnikiem jest płeć. W badaniu przeprowadzonym przez Dryżałowską [13] grupę badawczą stanowiły kobiety i mężczyźni z zaburzeniami narządu słuchu. Pod uwagę brano satysfakcję z życia, poczucie własnej wartości, kompetencje społeczne i integrację tożsamości. Zaobserwowano, że wartości uzyskane w grupie mężczyzn były większe, niż w grupie kobiet. Wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet i mężczyzn z zaburzeniami narządu słuchu, otrzymane przez Dryżałowską przedstawiono w Tabeli II [13].

Kolejnym czynnikiem, który należy przeanalizować jest oddziaływanie wieku na jakość życia osób z zaburzeniami słuchu. W analizowanym badaniu uwzględniono 2 grupy wiekowe - poniżej i powyżej 24 roku życia [13]. Uzyskane przez autorkę wartości wykazały, że badani powyżej 24 roku życia cieszyli się większą satysfakcją z życia. Może być to wynikiem wzrastającego wraz z wiekiem poczucia samokontroli, pewności siebie i doświadczenia radzenia sobie z emocjami wynikający z ich odmienności. Okazało się, że długość życia ma także wpływ na odbieranie własnej atrakcyjności, przywództwo oraz bycia kochanym [13]. Wartości satysfakcji z życia w obydwu grupach wiekowych przedstawiono w Tabeli III [13].

Tabela II. Wartości poziomu satysfakcji z życia w grupie kobiet i mężczyzn z zaburzeniami narządu słuchu [13]

Analizowane zmienne	Płeć			
	Kobiety		Mężczyźni	
	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe
Satysfakcja z życia	6,06	1,88	6,75	2,49
Poczucie własnej skuteczności	7,09	1,64	7,89	1,54
Ekspozycja społeczna	5,35	2,34	6,33	2,55
Kompetencje społeczne	5,76	2,41	6,56	2,40
Atrakcyjność fizyczna	6,19	2,54	5,88	2,70
Kompetencje	5,50	2,42	6,13	2,03
Integracja tożsamości	5,00	2,39	5,63	1,51
Obrotne wzmacnianie samooceny	5,88	2,00	5,00	1,31
Samokontrola	4,63	2,45	5,38	2,26
Samoocena ogólna	5,00	2,94	6,63	2,50

Tabela III. Wartości satysfakcji z życia w dwóch grupach wiekowych [13]

Analizowane zmienne	Wiek			
	Poniżej 24 r. ż.		Powyżej 24 r. ż.	
	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe
Satysfakcja z życia	5,50	1,87	7,40	1,90
Poczucie własnej skuteczności	7,00	1,36	7,75	1,86
Ekspozycja społeczna	4,86	2,51	6,67	1,97
Asertywność	5,93	2,40	6,58	2,23
Kompetencje społeczne	5,36	2,59	6,83	1,95
Atrakcyjność fizyczna	5,07	1,54	7,50	3,03
Samoakceptacja moralna	5,14	2,93	7,20	2,44
Bycie kochanym	4,86	1,35	6,30	2,06
Integracja tożsamości	4,86	2,03	5,70	2,26
Zdolności przywódcze	5,00	2,08	6,80	1,55
Kompetencje	4,79	2,15	7,00	1,83
Samoocena ogólna	4,64	2,56	6,80	2,90

Stopień utraty słuchu wydaje się być jednym z najbardziej wpływających czynników na jakość życia. Im głębszy ubytek słuchu, tym bardziej zaburzona jest komunikacja i odbiór informacji, co powoduje utrudnione funkcjonowanie w życiu społecznym. Analizując wyniki badań Dryżałowskiej można zauważyć, iż osoby z większym ubytkiem słuchu charakteryzują się wyższą samoakceptacją. Wyższe wyniki we wszystkich zmiennych mogą być spowodowane skłonnością do funkcjonowania schematycznego [13]. Wartości satysfakcji z życia w zależności od stopnia ubytku słuchu przedstawiono w Tabeli IV [13].

Tabela IV. Wartości poziomu satysfakcji z życia w zależności od stopnia ubytku słuchu [13]

Analizowane zmienne	Stopień ubytku słuchu			
	do 90 dB		powyżej 90 dB	
	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe
Satysfakcja z życia	5,70	1,64	6,69	2,39
Poczucie własnej skuteczności	7,10	1,10	7,67	1,84
Ekspozycja społeczna	5,50	2,37	5,73	2,58
Asertywność	6,00	2,45	6,40	2,35
Kompetencje społeczne	5,60	2,32	6,27	2,55
Bycie kochanym	5,00	1,56	5,69	1,97
Popularność	5,30	2,75	5,62	2,74
Samokontrola	4,50	1,43	5,23	2,98
Integracja tożsamości	4,80	1,87	5,54	2,40
Zdolności przywódcze	5,80	2,30	5,77	2,01
Kompetencje	5,30	2,13	6,15	2,41
Samoocena ogólna	5,20	2,78	5,69	3,09

Osoby z uszkodzonym narządem słuchu poddając się protezowaniu zyskują nowe możliwości podwyższenia poziomu jakości życia. Zdobywają spokój, swobodę oraz możliwość rozwoju. Wzrasta ich pewność siebie, a wraz z tym również ogólna satysfakcja z życia [14].

Wszczepiając implant znacznie polepsza się percepcję słuchową, pokazując przy tym nowe możliwości osobie z problemami słuchowymi oraz wyrównuje się różnice między

osobami słyszącymi i niesłyszącymi. Należałoby się zastanowić, czy brak rozbieżności w funkcjonowaniu obu grup wpływa na poprawę samopoczucia i samooceny jednostki głuchej [11].

Przebadane przez Czyż osoby implantowane prawie jednogłośnie uznały, iż mogłyby obrać lepiej płatną, bardziej satysfakcjonującą pracę oraz zajmować bardziej odpowiedzialne stanowiska w pracy zawodowej [15], co prezentuje Tabela V.

Tabela V. Zestawienie danych z grupy osób implantowanych z obszaru "JA" i życie zawodowe [15]

	TAK	NIE
Czulbym większą akceptację	80,0%	20,0%
Czulbym się atrakcyjniejszy	54,3%	45,7%
Dostałbym lepszą pracę	68,6%	31,4%
Mógłbym wybrać bardziej satysfakcjonującą drogę zawodową	71,4%	28,6%
Miałbym większą chęć życia	60,0%	40,0%
Mógłbym realizować swoje zainteresowania	77,1%	22,9%
Zajmowałbym bardziej odpowiedzialne stanowiska	74,2%	25,7%

Analizując wyniki badań Czyż można stwierdzić, że w grupie osób implantowanych zdecydowana większość oceniła jakość swojego życia pozytywnie, w tym 20% badanych uznało jakość swojego życia za bardzo dobrą (Tabela VI) [10].

Tabela VI. Zestawienie wyników badań nad poczuciem jakości życia w grupie osób implantowanych [10]

Skala odpowiedzi	Zła	Średnia	Dobra	Bardzo dobra
Procentowy udział odpowiedzi	0,0	20,0	60,0	20,0

Jakość życia jest porównaniem własnego stanu bądź statusu z ustalonymi standardami. Im lepszy stosunek do samego siebie, tym lepiej postrzegane jest własne życie. Wiele życiowych sytuacji może wpływać na poczucie własnych kompetencji [16]. Trudności w odbiorze informacji drogą słuchową często poddają daną osobę na takie sytuacje, które powodują zakłopotanie, czy bezradność, a przez to osoby takie czują się mniej obeznane i atrakcyjne [17]. Upośledzenie słuchu niesie za sobą wiele negatywnych skutków, m.in. powoduje błędny mechanizm wytwarzania mowy, głos matowy o twardym nastawieniu oraz zaburzenia koordynacji fonacyjno-oddechowej [18]. Niestety, komunikacja językowa jest utrudniona w obu przypadkach. By porozumiewanie z drugą osobą było skuteczne, należy wziąć pod uwagę rozumienie i bycie rozumianym. Dążenie do zaspokajania potrzeby komunikowania się wpływa na poprawę jakości życia i obniża uczucie niepełnosprawności [19].

Analizując wyniki badań można stwierdzić, że wyższy poziom zadowolenia z życia posiadają niedosłyszające osoby starsze. Ta grupa społeczna charakteryzuje się wyższym poziomem społecznych kompetencji. W tym miejscu należy wyróżnić płęć męską, która charakteryzuje się znacznie lepszym poczuciem własnej wartości i samorealizacji [20]. Implantowanie powoduje zmniejszenie odczucia niepełnosprawności w kontekście biologicznym i psychicznym. Pozwala to opracować nowe metody komunikacji, dzięki czemu narasta poczucie bezpieczeństwa [20].

Najważniejszymi zmiennymi wpływającymi na satysfakcję życiową są atrakcyjność fizyczna (44,2%) i samoocena ogólna (49,8%). Kluczowymi czynnikami różnicującymi analizowane cechy osobowościowe osób niedosłyszających okazały się być: płęć, wiek i poziom ubytku. Okazało się, że wiek silnie zróżnicował osoby badane. Lepsze mniemanie o sobie posiadały osoby powyżej 24-go roku życia. Wiązało się to ze stabilizacją i koniecznością podejmowania decyzji. Wraz z przybywaniem lat wzrastała zaś pewność siebie i poczucie kierowania własnym życiem [21]. Możliwość ustatkowania się i założenia rodziny zmienia punkt widzenia i postrzegania siebie jako osoby wyobcowanej, nie posiadającej żadnej ważnej roli na osobnika potrzebnego, mającego wiele w życiu do zaoferowania. Różnice w wynikach diagnozowanych osób mogły wynikać z odmiennych doświadczeń oraz indywidualnego rozwoju [22].

Badani w obecnych środowiskach swojej aktywności odczuwali bycie akceptowanymi. Satysfakcjonował ich obecny status i uważali, że życie przebiega typowo jak dla ludzi w danym wieku. Byli świadomi, że niedosłuch jest barierą w pokonywaniu pewnych granic, ale próbowali je przezwyciężyć na swój sposób [23]. Nauczyli się akceptować samego

siebie oraz swoje ograniczenia i nie bali się funkcjonować na tych samych warunkach, co osoby w pełni sprawne. Nie czuli się całkowicie odizolowani od reszty świata, choć czuli strach przed dyskryminacją ze strony innych. Oswoili się z myślą, że kluczowy nurt dzieje się w świecie słyszących, lecz posiadali swoje cele życiowe i próbowali je realizować [24].

Działalność osób niesłyszących jest wypadkową osobistych cech indywidualnych, jej rozwojowych potencjałów, ograniczeń, które są uzależnione od zakresu i stopnia uszkodzenia, posiadanych kompetencji do wypełniania danej roli oraz realizacji przydzielonych zadań, a także osobowościowych uwarunkowań. W większym stopniu, niż w otoczeniu osób pełnosprawnych, zależy ona od warunków otoczenia [13]. To grono osób niepełnosprawnych, jego struktura i całokształt mają siłę budowania lub niszczenia efektów rehabilitacyjnych. Powiązania, które zachodzą w tym środowisku przesądzają o integracji społecznej bądź dyskryminacji danej grupy ludzi. Nie można zaprzeczyć, iż utrata bądź ograniczenie sprawności, będące jej skutkiem, wiążą się z utratą istotnych wartości życia, ale jednocześnie grozi brakiem dostępu do wartościowych ról społecznych oraz możliwości ich realizacji. Te zjawiska mają wielki wpływ na jakość życia, nie tylko osób z niepełnosprawnościami [20].

Część ograniczeń jest skutkiem trudności w prawidłowym, pełnym odbiorze oraz interpretacji słownych wiadomości. Odpowiednio dobry słuch powoduje, że już od pierwszych momentów życia osoba ma dostęp do mnóstwa komunikatów z różnych sytuacji i kontekstów płynących z otoczenia. Takim sposobem zdobywa bagaż doświadczeń o tym, jakimi środkami można się porozumiewać, biorąc pod uwagę nie tylko treść, ale także melodię, wzajemny stosunek do rozmówcy, tembr głosu, powagę sytuacji, zaangażowanie w rozmowę oraz prozodię mowy. Lichy zakres doświadczeń może być powodem nie używania metody mówienia wprost oraz niewiedzy o tym, że nie za każdym razem trzeba mówić to, co się wie bądź myśli o innych i sobie samym [16].

Świadomość społeczna dotycząca społeczności głuchych wzrasta, ale i niesłyszący też mają więcej do powiedzenia na swój temat. Jednocześnie chcą dokonać obalenia mitów ich dotyczących, takich jak deficyt intelektu, brak możliwości zdobywania wiedzy, niska zaradność, czy potrzeba pomocy ze strony innych osób na każdym kroku. Dzięki postępowi medycyny i techniki ludzie niedosłyszący mogą liczyć na większy wybór drogi komunikacji opartej na dźwiękach, a z racji tego mogą kształtować system językowy, który umożliwia uczestnictwo w społeczno-kulturalnym życiu i poprawia jakość życia [10].

Najmniejsze wsparcie otrzymują ludzie z postlingwalnym uszkodzeniem słuchu. Tracą one słuch w dorosłości, mają w pełni rozwinięty system językowy, więc nie podlegają już opiece logopedów i pedagogów, którzy zajmują się głównie dziećmi. Psycholodzy

niejednokrotnie nie potrafią wesprzeć osób, które tracą słuch. Mają obawy co do przeszkód związanych z porozumiewaniem się lub nie znają problemów, jakie wiążą się z utratą tego zmysłu [15].

Najważniejsze jest, aby zaakceptować siebie jako osobę z niedosłuchem i spróbować dostosować do siebie odpowiedni tryb życia. Jeżeli osoba z zaburzeniami słuchu nie jest w stanie sobie z tym poradzić, może zapisać się na specjalne zajęcia, które ukazują sposoby radzenia sobie w codziennym życiu bądź spotkać się z grupą osób, która ma takie same problemy i wymienić się doświadczeniami. Należy zdać sobie sprawę z tego, że nie zawsze życie osoby z dysfunkcją narządu słuchu musi się różnić od życia osoby w pełni sprawnej [3].

Podsumowanie

1. Osoby z zaburzeniami słuchu uważają, iż jakość ich życia znajduje się na dobrym poziomie.
2. Osoby korzystające ze sprzętów wspomagających słyszenie charakteryzują się lepszym mniemaniem o sobie i podwyższoną satysfakcją z życia.
3. Wyższym poczuciem własnej wartości cechuje się grupa mężczyzn.
4. Grupa osób powyżej 24 roku życia wyróżnia się wyższym poziomem jakości życia.
5. Osoby z większym niedosłuchem cechują się wyższą samoakceptacją.

Piśmiennictwo

1. Baumann K.: Jakość życia w okresie późnej dorosłości - dyskurs teoretyczny. *Gerontologia Polska*, 2006, 14(4), 165-171.
2. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych - systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 46(1), 25-31.
3. Kolman R.: Jakość życia dla każdego: podręcznik doskonalenia jakości życia swego i najbliższych. Firma Wydawniczo- Handlowa Mado, Toruń 2013.
4. Latkowski B., Morawiec-Bajda A.: Badanie audiometryczne [w:] *Poradnik dla protetyków słuchu*, Latkowski B. (red.). Wydawnictwo Mamos, Łódź 2002, 80-122.
5. Śliwińska- Kowalska M.: *Audiologia kliniczna*. Wydawnictwo Mediton, Łódź 2005.
6. Hojan E.: *Protetyka słuchu*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2014.
7. Piłka E., Piotrowska A.: Próby stroikowe w codziennej praktyce audiologicznej. *Nowa Audiofonologia*, 2014, 3(1), 57-61.

8. Szczepankowski B.: *Niesłyszący-Głusi-Głuchoniemi. Wyrównanie szans.* Wydawnictwo WSiP, Warszawa 1999.
9. Furmann A.: Klasyfikacja stopnia uszkodzenia słuchu. *Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu*, 2006, 22, 5-6.
10. Czyż A.: Osoby z uszkodzonym narządem słuchu w kontekście badań nad jakością życia. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2013, 13(1), 70-84.
11. Kobosko J.: Poczucie niepełnosprawności a percepcja siebie i objawy depresji u osób dorosłych z głuchotą postlingwalną korzystających z implantu ślimakowego. *Nowa Audiofonologia*, 2015, 4(1), 41-54
12. Jambor E., Elliot M.: Self-esteem and coping strategies among deaf students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2005, 10(1), 63-81.
13. Dryżałowska G.: *Integracja edukacyjna a integracja społeczna. Satysfakcja z życia osób niedosłyszących.* Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015.
14. Pietruszewska W., Jeruzal J., Durko M. i wsp.: Jakość życia i korzyści ze stosowania aparatów słuchowych u pacjentów >60 r.ż. w procesie kwalifikacji do leczenia implantami słuchowymi. *Otolaryngologia*, 2015, 14(2), 89-95
15. Czyż A.: Oczekiwania versus rzeczywistość – waluacja satysfakcji życiowej osób z słuchu. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2015, 15(1), 117-133.
16. Juros A., Otrębski W. (red.): *Integrowanie osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej.* FŚCEDs, Lublin 1997.
17. Ciorba A., Bianchini C., Pelucchi S. et al.: The impact hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2012, 7, 159-163.
18. Szkiełkowska A.: Zaburzenia głosu spowodowane uszkodzeniem narządu słuchu [w:] *Podstawy neurologopedii*, Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2005, 629-650.
19. Brzdęk E.: Jakość życia osób ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2013, 13(3), 70-80.
20. Obszańska A.: Życie z osobą z częściową głuchotą przed wszczepieniem i po wszczepieniu implantu ślimakowego - studium przypadku. *Nowa Audiofonologia*, 2014, 3(3), 39-47.
21. Palak Z. (red.): *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie.* UMCS, Lublin 2006.
22. Arlinger S.: Negative consequences of uncorrected hearing loss - a review. *International Journal of Audiology*, 2003, 42 (Suppl. 2), 17-20.

23. Kobosko J., Piłka E., Pankowska A., Skarżyński H.: Strategie radzenia sobie ze stresem u osób z głuchotą postlingwalną, korzystających z implantu ślimakowego od okresu dorosłości. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2014, 68(3), 157-163.
24. Bieńkowska K.: Wybrane problemy dorosłych osób z wadą słuchu. *Edukacja Otwarta*, 2012, 1, 1-5.

**Mystkowska Ewelina¹, Cybulski Mateusz², Łobaczuk-Sitnik Anna³,
Krajewska-Kulak Elżbieta¹**

1. Absolwentka Studiów I stopnia kierunku Logopedia z Fonoaudiologią,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Fonoaudiologii Klinicznej i Logopedii,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jakość życia osób dorosłych z zaburzeniami mowy

Wprowadzenie

Zaburzenia mowy – ujęcie teoretyczne

Badania, diagnoza i terapia zaburzeń mowy jest stosunkowo nowym zagadnieniem w medycynie, mimo iż problem ten znany jest od starożytności. Właśnie wtedy próbowano po raz pierwszy znaleźć przyczynę oraz skuteczne antidotum na zaburzenia mowy i języka. Jak podaje literatura osoby z zaburzeniami mowy lub nieme były nierzadko wyobcowane ze społeczności i pozbawione wielu praw, w tym również praw religijnych [1].

Mowa jest podstawowym i jednocześnie najdoskonalszym sposobem komunikacji z otoczeniem. Dzięki niej człowiek jest w stanie przekazywać i wymieniać informacje z innymi ludźmi, a co za tym idzie, prawidłowo funkcjonować w otaczającym go świecie oraz zaspokajać elementarne potrzeby psychiczne, czyli kontakt z drugim człowiekiem. Mimo, że komunikacja międzyludzka może odbywać się na wiele sposobów, m.in. przez czytanie, pisanie, mimikę, czy gesty, to mowa uznawana jest za najbardziej uniwersalną technikę komunikacyjną [2].

Zaburzenia mowy niosą za sobą wiele negatywnych następstw w funkcjonowaniu jednostki. Obniżony poziom samooceny, zachwiane poczucie bezpieczeństwa, wstydlivość i unikanie kontaktu z innymi ludźmi to tylko niewielki załączek w całej gamie negatywnych konsekwencji nierehabilitowanej wady wymowy [1]. Terminem zaburzenia mowy określamy wszelkie objawiające się na różne sposoby zaburzenia mowy, zachowania językowe, które są konsekwencją braku umiejętności tworzenia lub odbierania wypowiedzi werbalnych. Zaburzenia mowy możemy podzielić na trzy główne grupy (Tabela I) [1].

Tabela I. Rodzaje zaburzeń mowy [1]

Rodzaj zaburzenia		
zaburzenia artykulacji – nieprawidłowe tworzenie dźwięków mowy;	zaburzenia płynności mowy – związane z zaburzeniami cech prozodycznych mowy, m.in. tempem i rytmem mowy; charakterystycznym rodzajem niepłynności mowy jest jąkanie;	problemy głosowe – związane z anatomicznymi anomaliami w budowie narządów mowy lub powstające w wyniku nadmiernej eksploatacji głosu;

Klasyfikacje zaburzeń mowy

Zaburzenia mowy od wielu wieków charakteryzowane są z dwóch perspektyw. Pierwsza z nich to klasyfikacja objawowa, czyli skupienie się na zaburzonych czynnościach biologicznych, warunkujących powstawanie zniekształconej mowy. Druga klasyfikacja dotyczy przyczyn zaburzeń mowy, uwarunkowanych przez dysfunkcyjne działanie czynności biologicznych warunkujących powstawanie mowy [3, 4].

Klasyfikacja zaburzeń mowy wg Stanisława Grabiasa

Grabias zaproponował klasyfikację zaburzeń mowy w oparciu o procedurę postępowania logopedycznego i strategii postępowania logopedycznego. Przez termin procedura postępowania logopedycznego rozumiemy „całokształt zabiegów logopedycznych (terapeutycznych) stosowanych w określonym postępowaniu” [4].

Wyróżniamy trzy podstawowe procedury logopedyczne [4]:

1. Budowanie kompetencji (językowej komunikacyjnej, kulturowej).
2. Usprawnianie realizacji.
3. Odbudowywanie (odszukiwanie) kompetencji.

Terminem strategii postępowania logopedycznego określamy taki rodzaj postępowania, który dokonywany jest w ramach danej procedury, wynikający z percepcyjnych i realizacyjnych możliwości osoby dotkniętej zaburzeniami mowy [4].

Klasyfikacja zaburzeń mowy porządkująca postępowanie logopedyczne według Stanisława Grabiasa [4]:

1. Zaburzenia mowy wynikające z niewykształconych sprawności percepcyjnych – główną procedurą logopedyczną jest budowanie kompetencji nie tylko językowej, ale również komunikacyjnej i kulturowej:
 - głuchota i niedosłuch: kompetencje niewykształcone lub wykształcone w niewystarczającym stopniu, uniemożliwiają prawidłową realizację wypowiedzi w związku z patologią funkcji słuchu fizycznego;
 - alalia i dyslalia: kompetencje niewykształcone lub wykształcone w niewystarczającym stopniu w związku z patologią funkcji słuchu fonematycznego;
 - oligofazja: kompetencje niewykształcone lub wykształcone w niewystarczającym stopniu w zależności od stopnia niedorozwoju umysłowego.
2. Zaburzenia mowy wynikające z braku lub niedowładu funkcji realizacyjnych (przy zdobytych kompetencjach) – główną procedurą logopedyczną jest poprawienie sprawności realizacyjnych systemu komunikacyjnego:
 - a. zaburzenia realizacji fonemów:
 - dysglosja: zaburzona realizacja fonemów, wynikająca z anomalii w budowie narządów artykulacyjnych (np. przy rozszczepach podniebienia);
 - b. zaburzenia realizacji ciągu fonicznego:
 - mowa bezkrtaniowców: występowanie bezgłosu, niewłaściwy tor oddechowy oraz zaburzenia natężenia i barwy głosu;
 - gielkot: występowanie wzmożonego tempa realizacji ciągu fonicznego;
 - jąkanie: jeden z rodzajów nie płynności mowy, ujawnia się w postaci zaburzonej intonacji i akcentu, co często prowadzi do zaburzeń spójności i zrozumiałości wypowiedzi;
 - c. zaburzenia realizacji i ciągu fonicznego:
 - anartia i dyzartria: zaburzenia wynikające z uszkodzonych ośrodków i dróg unerwiających struktury mózgowie odpowiedzialnych za mowę; występują w postaci braku lub niewłaściwej realizacji fonemów i elementów prozodycznych ciągu fonicznego;

3. Zaburzenia mowy wynikające z rozpadu systemu komunikacyjnego – główną procedurą logopedyczną jest usprawnienie, a czasem odbudowanie kompetencji językowych i sprawności realizacyjnych:

- afazja: wynikająca z uszkodzeń korowych ośrodków mowy; występuje pełny lub częściowy rozpad wszystkich kompetencji językowych i/lub sprawności realizacyjnych;
- schizofazja: towarzyszy schizofrenii; występuje niespójność wypowiedzi językowych.

Zestawienie form zaburzeń mowy wg Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty – Rozya

Autorki opracowały swoją propozycję zestawienia form zaburzeń mowy na podstawie dwóch kryteriów, które w ich opinii są nieodzowne – pierwsze z nich to kryterium zakresu objawów, a drugie to kryterium powodujących je przyczyn [3]. Zaburzenia mowy według Mierzejewskiej i Emiluty-Rozya przedstawiono w Tabeli II.

Tabela II. Formy zaburzeń mowy [3]

<p style="text-align: center;">DYSLALIA</p> <p>1. Dyslalia anatomiczna ruchowa (dysglosja). 2. Dyslalia funkcjonalna. 4. Dyslalia anatomiczna słuchowa.</p>	<p>przyczyny endogenne: anomalie anatomiczne lub uszkodzenia aparatu artykulacyjnego; wady budowy lub uszkodzenia narządu słuchu; przyczyny egzogenne: w przypadku dyslalii funkcjonalnej: nieprawidłowe czynności żucia, gryzienia, połykania, oddychania; objawy: zakłócenia dźwięków mowy;</p>
<p style="text-align: center;">DYZARTRIA</p>	<p>przyczyny endogenne: uszkodzenie dróg nerwowych i jąder podkorowych lub mózdzku; objawy: współistniejące zaburzenia oddychania, fonacji i prozodii mowy w wyniku niedowładów mięśniowych poszczególnych aparatów; zniekształcenie wypowiedzi;</p>
<p style="text-align: center;">NIEDOKSZTAŁCENIA MOWY POCHODZENIA KOROWEGO</p>	<p>przyczyny endogenne: uszkodzenie kory mózgowej; objawy: zakłócenia struktur językowych i przebiegu komunikacji językowej, w wyniku uszkodzenia kory mózgowej przed wykształceniem słuchu fonematycznego i/lub kinestezji artykulacyjnej;</p>
<p style="text-align: center;">AFAZJA</p>	<p>przyczyny endogenne: anatomiczne uszkodzenia okolic kory mózgowej; objawy: zakłócenia struktur językowych i przebiegu komunikacji językowej w wyniku anatomicznych uszkodzeń okolic kory mózgowej po wykształceniu słuchu fonematycznego i/lub kinestezji artykulacyjnej;</p>

<p>NIEDOKSZTAŁCENIE MOWY TOWARZYSZĄCE UPOŚLEDZENIU UMYSŁOWEMU</p>	<p>przyczyny endogenne: upośledzenie umysłowe; objawy: zakłócenia struktur językowych i przebiegu komunikacji językowej w zależności od stopnia upośledzenia;</p>
<p>OPÓŹNIENIE ROZWOJU MOWY</p>	<p>przyczyny endogenne: etiologia nieznana; objawy: opóźnienia w wykształceniu się zdolności słuchowych i ruchowych, a w konsekwencji zakłócenia w przebiegu komunikacji językowej;</p>
<p>NIEDOKSZTAŁCENIE MOWY Z POWODU NIEDOSŁUCHU</p>	<p>przyczyny endogenne: niedosłuch głęboki; objawy: trudności w wykształceniu prawidłowych struktur językowych, a także zaburzenia elementów prozodycznych mowy;</p>
<p>ŚRODOWISKOWE OGRANICZENIE ROZWOJU MOWY</p>	<p>przyczyny egzogenne: ograniczona motywacja do komunikowania się; objawy: trudności językowe o różnym stopniu złożoności, a także zaburzenia elementów prozodycznych mowy;</p>
<p>ŚRODOWISKOWE ZNIEKSZTAŁCENIE MOWY</p>	<p>przyczyny egzogenne: nieprawidłowe wzorce językowe w najbliższym środowisku jednostki; objawy: trudności językowe o różnym stopniu złożoności, a także zaburzenia elementów prozodycznych mowy;</p>
<p>MUTYZM</p>	<p>przyczyny endogenne: psychogenne zaburzenia funkcji językowych; mogą być całkowite lub częściowe, trwałe lub okresowe; objawy: trudności językowe o różnym stopniu złożoności, a także zaburzenia elementów prozodycznych mowy;</p>
<p>MOWA DZIECKA AUTYSTYCZNEGO</p>	<p>przyczyny endogenne: dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego uniemożliwiające prawidłowy rozwój i funkcjonowanie systemu zachowań językowych; objawy: trudności językowe o różnym stopniu złożoności, a także zaburzenia elementów prozodycznych mowy;</p>
<p>JĄKANIE</p>	<p>współdziaływanie przyczyn endo- i egzogennych; objawy: zaburzenia prozodii mowy, oddychania, fonacji, występowanie zniekształconych dźwięków mowy;</p>

Rozwinięcie

Charakterystyka jakości życia osób dorosłych z zaburzeniami mowy w niektórych jednostkach chorobowych

Zaburzenia mowy towarzyszące zaburzeniom schizofrenicznym

Trudności językowe i komunikacyjne uznawane są za jedno z podstawowych objawów schizofrenii. Kraepelin jako pierwszy dołączył do zaburzeń myślenia zaburzenia językowe i wymienił wśród nich rozkojarzenie, neologizmy i paralogię [5]. W ujęciu diagnostycznym problem zaburzeń językowych pojawił się dopiero na początku lat 70. XX wieku. Wtedy to Feighner opisał kryteria diagnostyczne, które wyróżniają trudności w komunikowaniu się za pomocą wypowiedzi słownych [6]. Andreasen skonstruowała opis zaburzeń językowych występujących w schizofrenii, które w znaczący sposób wpływają na jakość życia tych pacjentów, i podzieliła je na [7]:

- objawy pozytywne – zaliczamy do nich uskokowość wypowiedzi, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, roztargnienie, dźwięczenie mowy;
- objawy negatywne – zaliczmy do nich alogię, czyli ubóstwo mowy i treści wypowiedzi, latencję oraz bloki.

Andreasen jest również autorką skali oceny zaburzeń myślenie, języka i komunikacji (*Thought, Language and Communication, TLC*), w której patologię językową kwalifikuje do kategorii objawów pozytywnych, które związane są z zaburzeniami myślenia [8].

Na podstawie wieloletnich badań i doświadczeń uznano, iż zaburzenia językowe nie są zaliczane jako objaw patognomoniczny schizofrenii. Dzięki temu stwierdzeniu badacze skupili się na etiopatogenezie zaburzeń językowych w tej jednostce chorobowej oraz zaburzeniami powiązаныmi z innymi obszarami funkcjonowania chorych [9]. Dalsze badania tego problemu potwierdziły, że na występowanie zaburzeń językowych negatywnie koreluje z poziomem sprawności uwagi, pamięci operacyjnej i bezpośredniej, uczeniem się nowego materiału werbalnego, funkcjami wykonawczymi i myśleniem abstrakcyjnym [10, 11].

Współczesne badania potwierdziły, że szczególne znaczenie w powstawaniu zaburzeń językowych u pacjentów schizofrenicznych mają funkcje wykonawcze, określające funkcje kontrolujące i kierujące poznawczą aktywnością człowieka. Funkcje te obejmują takie zdolności, jak rozumienie złożonych problemów, planowanie, selekcja informacji, utrzymanie albo hamowanie reakcji (w odniesieniu do celu i kontekstu), kontrola złożonych zachowań, elastyczność i adaptacyjność zachowania oraz monitorowanie błędów i ich korygowanie [12].

Podkreśla się również duży wpływ tzw. „zespołu dysfunkcji wykonawczej”, który występuje w przebiegu i charakterystyce psychoz schizofrenicznych. Charakterystycznymi elementami tego zespołu są obniżona zdolność do rozwiązywania problemów, zwiększona podatność na dystrakcję, dezorganizacja działania, osłabienie kontroli poznawczej, zaburzenia w funkcjonowaniu pamięci operacyjnej [13]. Na podstawie badań stwierdzono również znaczący spadek jakości życia pacjentów chorujących na schizofrenię oraz wykazano trudności w opanowaniu nowych umiejętności. Pacjenci ze schizofrenią zdecydowanie lepiej odnajdują się w zadaniach rutynowych [14].

Wśród osób chorujących na schizofrenię i borykającymi się z zaburzeniami językowymi, możemy wymienić następujące trudności [15]:

- trudności w utworzeniu zbioru informacji – czyli trudności w zainicjowaniu mowy, a także doboru tematu;
- niemożność zmiany zbioru informacji – polegającą na skłonności do przedłużenia się ruchu artykulacyjnego danej głoski ponad czas dla niego przeznaczony, czyli tzw. perseweracji;
- trudności w planowaniu, redagowaniu, oraz monitorowaniu błędów – objawiające się problemem selekcji odpowiednich elementów z nieskończonej liczby kombinacji.

Kolejnym istotnym elementem zaburzeń językowych pacjentów ze schizofrenią jest trudność uwzględniania językowego kontekstu w złożonych wypowiedziach. Powodowane jest to niezdolnością do tworzenia reprezentacji i utrzymania w polu uwagi informacji na temat kontekstu wypowiedzi. Komunikacja może być efektywna, jeżeli osoba bierze pod uwagę odbiorcę komunikatu i jego potrzeby, czyli cały kontekst wypowiedzi. Wszelkie informacje na temat kontekstu ułatwiają wyszukiwanie odpowiednich słów do dalszej konwersacji albo nawet całych sekwencji wypowiedzi potrzebnych w prowadzeniu rozmowy [16].

Na podstawie analizowanego piśmiennictwa, dotyczącego zaburzeń mowy w przebiegu schizofrenii można stwierdzić, iż nasilenie zaburzeń językowych (w tym nasilenie ubóstwa mowy i treści) wzrasta wraz z czasem trwania choroby i liczbą hospitalizacji. Podobny wynik potwierdza występowanie echolalii u osób częściej hospitalizowanych z powodu choroby. Potwierdzono również, że u pacjentów przewlekle chorujących na schizofrenię, zaburzenia językowe występują częściej i charakteryzują się większym natężeniem [9].

Procesy językowe w przebiegu schizofrenii mogą w swojej charakterystyce przypominać objawy uszkodzenia prawej półkuli mózgu oraz mogą dotyczyć zarówno językowych, jak i pozajęzykowych aspektów wypowiedzi [5].

Zaburzenia językowe w przebiegu choroby Alzheimera

Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci, jednakże badania prowadzone od wielu lat pokazują, że zaburzenia językowe mogą być objawami zwiastunowymi choroby. Zaburzenia językowe same w sobie nie są uwzględniane w kryteriach diagnozy klinicznej otępienia, jednakże wskazuje się, że zaburzenia wyższych funkcji korowych, w tym afazja, są przesłankami wskazującymi na otępienie. Zaburzenia mowy odgrywają istotne znaczenie podczas formułowania kryteriów otępienia o wczesnym początku u osób poniżej 65-go roku życia. Wówczas zaburzenia mowy są obok zaburzeń pamięci, apraksji, agrafii czy akalkulii, jednymi z głównych objawów wskazujących na chorobę Alzheimera [17].

Choroba Alzheimera jest chorobą nieuleczalną, a jej istotą jest postępujący rozpad funkcji mózgu w obrazie klinicznym zespołu dementyjnego. Głównym objawem otępienia jest utrata pamięci (szczególnie krótkotrwałej), ale również zaburzenia: myślenia, funkcji językowych, postrzegania, rozpoznawania, orientacji czasowej i przestrzennej, krytycyzmu, planowania własnych działań, życia emocjonalnego, logicznego rozumowania, liczenia [18]. Pacjent w zaawansowanych stadiach choroby nie rozpoznaje bliższej rodziny, zapomina adresu zamieszkania, imion swoich bliskich, jest zagubiony w otoczeniu, nie potrafi posługiwać się mową, co prowadzi do problemów w komunikacji i w znacznym stopniu obniża poziom jakości życia osób starszych dotkniętych chorobą [19].

Pacjent z chorobą otępienną ma wyraźne problemy z sygnalizacją swoich emocji i potrzeb, które przekazuje w sposób często niezrozumiały dla otoczenia. Dodatkowo ma problemy z właściwym odbieraniem kierowanych do niego wypowiedzi, jeśli zbudowane są w sposób niedostosowany do pacjenta. Zaburzenia mowy i bariera komunikacyjna powodują izolację społeczną chorego, negatywnie wpływają na jego stan emocjonalny i poczucie własnej wartości, co może prowadzić do stanów lękowych, depresji, chwiejności emocjonalnej czy nieufności [20].

Do najczęstszych zaburzeń mowy pacjentów z chorobą Alzheimera możemy zaliczyć [17]:

- problemy z poprawnym nazywaniem przedmiotów, aż do całkowitej bezradności w tym zakresie – większość badań potwierdziła, iż błędy w nazewnictwie przedmiotów nie są spowodowane problemami percepcji, np. wzrokowej, ale trudnościami w znalezieniu odpowiedniego słowa; potwierdza to fakt, iż pacjenci nie potrafią podać dokładnej nazwy przedmiotu, ale zaprezentować jego funkcję [21];
- zaburzenia płynności mowy (fluencji słownej), które określa się na podstawie testów polegających na wymienieniu jak największej ilości słów z określonej kategorii; wyniki testów fluencji słownej zazwyczaj wychodzą gorzej niż rezultaty nazywania, co może sugerować na większą czułość testów określających stopień zaburzenia płynności mowy i mogą prowadzić do wczesnego wykrycia objawów demencji [22];
- zaburzone skojarzenia słowne, które u pacjentów z demencją nie polegają na utracie semantycznych skojarzeń, ale odpowiednim oszacowaniu ich wagi dla danego pojęcia; popełniają błędy przy wyborze kluczowego wyrazu dla danego pojęcia [17];
- zaburzenia powtarzania, które objawiają się ciągami słownymi zawierającymi wyrazy o niskiej frekwencji, pojawiające się rzadko w użyciu; problemy te mogą wynikać z upośledzenia samokontroli toku mowy [23];
- problemy z czytaniem, szczególnie głośnym czytaniem całych zdań; prawdopodobnie jest to wynikiem uszkodzenia mechanizmu przeszukiwania wzrokiem zapisanych wierszy; wraz z postępem choroby obniżone zostaje również rozumienie czytanego tekstu, poleceń czy słów, co znacznie wpływa na pojawianie się zaburzeń językowych [17];
- persewercje werbalne, które objawiają się mimowolnymi powtórzeniami poprzednich wypowiedzi, które są nie adekwatne do kontekstu sytuacji komunikacyjnej; frekwencja tego zjawiska jest zależna w dużym stopniu od głębokości otępienia [24].

Jąkanie – definicja i charakterystyka zaburzenia

Jąkanie uznawane jest za wadę wymowy lub zaburzenie płynności mowy. Należy również uwzględnić czynniki lingwistyczne, biologiczne, psychologiczne i społeczne wpływające na to zaburzenie [25]. Jak można łatwo zauważyć różne nauki podają w swoich definicjach szereg odmiennych aspektów tego zaburzenia. Z medycznego punktu widzenia, jąkanie charakteryzowane jest jako zaburzenie płynności mowy, które może przybierać wiele

form. Objawy tego zaburzenia występują zarówno na poziomie artykulacyjnym, jak i fonacyjnym oraz oddechowym. Z punktu widzenia logopedii jąkanie to przede wszystkim nie płynność mowy, a w dalszej kolejności wymieniane są zaburzenia na poziomie reakcji fizjologicznych, oddechowych, fonacyjnych, artykulacyjnych i psychospołecznych [26].

Podstawowymi elementami mowy, które bierzemy pod uwagę w diagnozie mowy osób jękających się to [27]:

- tempo mówienia – ilość głosek wypowiedzianych w danej jednostce czasu;
- iloczyn – długość trwania poszczególnych głosek;
- rytm mówienia – „okresowe powtarzanie się identycznych procesów połączonych w jedną całość szczytem dynamicznym” [26];
- koartykulacja – przechodzenie jednych ruchów artykulacyjnych w kolejne;
- melodia – charakterystyczna forma intonacyjna dla poszczególnych rodzajów zdań.

Należy również podkreślić, że jąkanie znacząco wpływa na aspekt psychologiczny osób z tym zaburzeniem. Jąkanie w znacznym stopniu utrudnia komunikację, pogarsza relacje interpersonalne. Ponadto sytuacje społeczne mogą powodować oraz intensyfikować objawy niepłynności mówienia. Osoba bez niepłynności mowy w kontakcie z osobą jękającą się może odczuwać dyskomfort i zakłopotanie, powodowane zaburzeniem mowy tej osoby. Często są również sytuacje, w których rozmówca nie wie jak zachować się w stosunku do osoby jękającej się [28, 29].

Jakość życia osób jękających się

Zaburzenie płynności mowy w znacznym stopniu obniża jakość życia osób dotkniętych tym schorzeniem. Utrudnia codzienne funkcjonowanie, wykonywanie zadań i pełnienie ról społecznych [30]. Zatem łatwo stwierdzić, że życie osób jękających się nie należy do najłatwiejszych, ponieważ taka osoba boryka się z szeregiem problemów natury psychologicznej, emocjonalnej czy społecznej. Większość osób jękających się unika sytuacji i wystąpień publicznych w obawie przed negatywną oceną, krytyką czy nawet drwiną. Powoduje to unikanie sytuacji, w których trzeba zabrać głos na forum, powodujących tym samym stopniowe izolowanie się od środowiska [31].

Wiele badań nad zaburzeniem płynności mowy wskazuje negatywną zależność między nasileniem jękania, a jakością życia. Osoba, która doświadcza coraz bardziej pogłębiającego się zaburzenia płynności mowy odczuwa współmierne niezadowolenie ze swojego życia [32, 33]. Badania porównawcze wykazują, że jąkanie znacząco obniża jakość

życia w wielu wymiarach oraz pogarsza stan zdrowia psychicznego. Warto podkreślić, że im bardziej wzrasta natężenie jąkania, tym bardziej pogarsza się stan emocjonalny osoby cierpiącej na te zaburzenie [34].

Ważną rolę w zaburzeniu płynności mowy odgrywają emocje, które stale towarzyszą osobie jękającej się podczas mówienia. Najczęściej występującymi emocjami u osób jękających się jest lęk, poczucie winy, zażenowanie i wstyd [35]. Pojawiają się one w sytuacjach komunikacyjnych i mają negatywne oraz niepożądane skutki dla jękającego się. Osoba jękająca się zdaje sobie sprawę, że kiedy zacznie mówić inni będą go oceniać. Zakłada, że ocena innych będzie negatywna i tym samym sam krytyczniej podchodzi do swoich wypowiedzi. Jękający przeczuwa, że kiedy zacznie mówić, nie da sobie rady z płynnym wypowiedzeniem swoich myśli i zacznie się jękać [36]. Dodatkowo jękaniu towarzyszy wysoki poziom stresu, co powoduje, że mówienie jest wolne i uważne, a mówiący jest bardzo spięty podczas aktu mówienia. U jękającego występuje duża świadomość swojego zaburzenia i powoduje to narastanie frustracji wynikającej z niepłynności. Charakterystyczną cechą jest również obawa i strach jękającego się przed wypowiedzeniem niektórych słów oraz wypowiedzeniem się w pewnych sytuacjach [37].

Badania wykazują, iż jękanie w znacznym stopniu wpływa na funkcjonowanie w szkole oraz życie zawodowe. Osoby jękające się wykazują dużą świadomość swojego zaburzenia i chęć do terapii [38]. Podsumowując, osoby z zaburzeniami płynności mowy nie mają większych problemów z nawiązywaniem relacji przyjacielskich, czy otrzymaniem pracy. Problem pojawia się w momencie prób osiągnięcia dobrych wyników w pracy, czy szansy na awans zawodowy. Powoduje również obniżenie poczucia własnej wartości i stanowi źródło negatywnych emocji [39].

Jakość życia osób po laryngektomii całkowitej

Utrata głosu i mowy po laryngektomii całkowitej, czyli po całkowitym usunięciu krtani, z powodu choroby nowotworowej obniża poziom funkcjonowania oraz stopień oceny jakości życia przez pacjentów. Konsekwencje tego zabiegu postrzegane są przez pacjentów jako element okaleczenia i doprowadzenia do niepełnosprawności [40]. Utrata krtani nie tylko zmienia znacznie szereg funkcji fizjologicznych, ale również odbiera zdolność do komunikacji ze środowiskiem za pomocą mowy. Pozbawienie generatora mowy rzutuje w ogromnym stopniu na stan psychiczny i status społeczny pacjenta dotkniętego tego rodzaju kalectwem. Następstwa utraty krtani zostały przedstawione w Tabeli III [41].

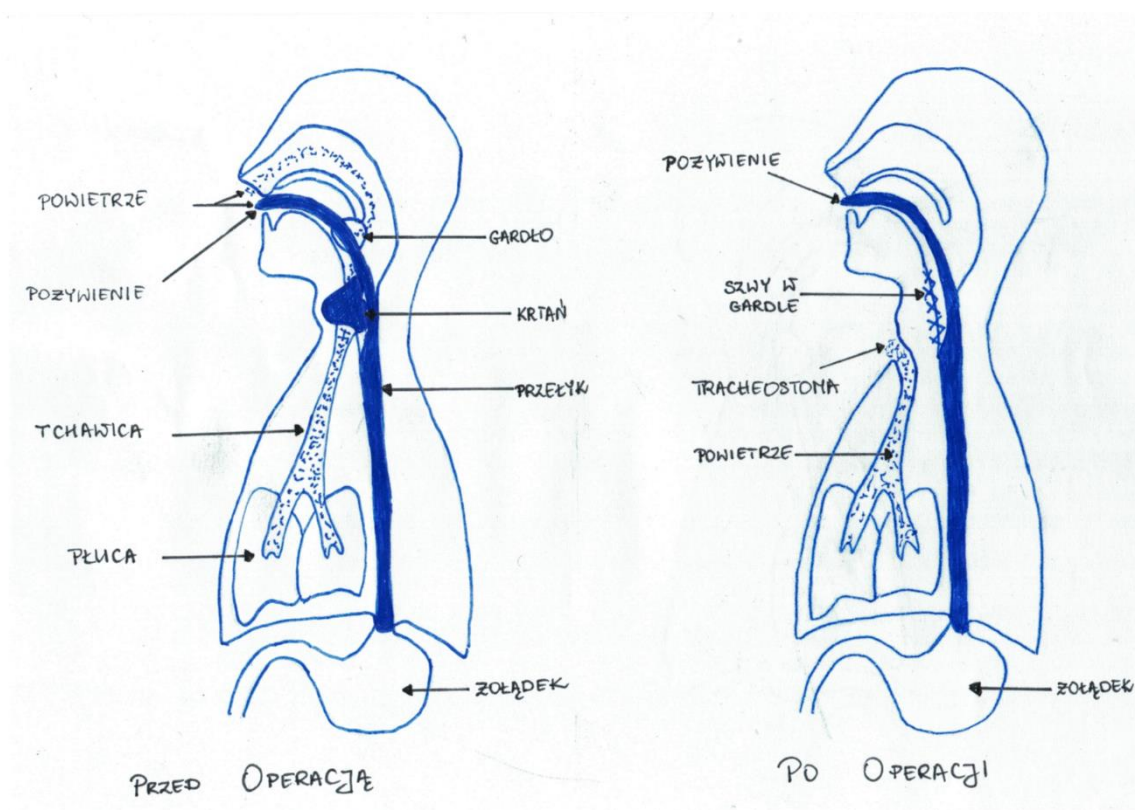
Tabela III. Następstwa utraty krtani [41]

KONSEKWENCJE	CHARAKTERYSTYKA
zmiana prawidłowego toru powietrza oddechowego	<ul style="list-style-type: none"> • brak ogrzewania powietrza oddechowego; • brak nawilżenia powietrza oddechowego; • brak oczyszczenia powietrza oddechowego; • zniesienie możliwości oczyszczania nosa; • utrata węchu i smaku;
utrata funkcji zamknięcia głośni	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia odruchu kaszlowego; • upośledzenia funkcji tłoczni brzusznej;
utrata głosu i mowy	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia komunikacyjne;
zaburzenia emocjonalne	<ul style="list-style-type: none"> • możliwość występowania zespołu okaleczenia; • poczucie mniejszej wartości;
inwalidztwo socjalne	<ul style="list-style-type: none"> • izolacja społeczna;
ekonomiczne konsekwencje inwalidztwa	<ul style="list-style-type: none"> • trudności ze znalezieniem pracy; • koszty rehabilitacji;

Mowa przełykowa, jako jedna z alternatyw usprawnienia pacjenta po laryngektomii całkowitej

Wytworzenie głosu u pacjenta po całkowitym usunięciu krtani stanowi znaczne wyzwanie zarówno dla pacjenta, jak i opiekującego się nim personelu medycznego. Efektem tego jest fakt, że w większości przypadków pacjentom udaje się wytworzyć głos przełykowy zastępczy, który jest wydajny socjalnie [42].

W wyniku laryngektomii całkowitej oddzielona zostaje droga pokarmowa od oddechowej, a w konsekwencji tego zabiegu pacjent zostaje pozbawiony narządu fonacyjnego, traci możliwość wytwarzania głosu i dźwiękowego porozumiewania się z otoczeniem. Rycina 1 przedstawia graficzny przekrój narządów przed i po operacji wycięcia krtani [43].



Rycina 1. Przekrój narządów przed i po operacji wycięcia krtani

źródło: opracowanie własne na podstawie [43]

O skuteczności metody rehabilitacyjnej możemy mówić wówczas, kiedy sposób mówienia pacjenta jest zrozumiały dla otoczenia. Finalnym celem rehabilitacji głosu i mowy po laryngektomii powinno być osiągnięcie jak najwyższego stopnia zrozumiałości mowy zastępczej [45].

Wpływ rehabilitacji na jakość życia pacjentów po całkowitym usunięciu krtani

W znacznej liczbie przypadków rehabilitację głosową rozpoczyna się kilka dni po usunięciu drenu żywieniowego lub nawet w tym samym dniu. Na podstawie analizowanych wyników badań można podzielić przyczyny trudności w rehabilitacji głosowej na cztery zasadnicze kategorie: psychogenne, ogólne, miejscowe (laryngologiczne) i foniatryczne (Tabela IV) [42].

Tabela IV. Przyczyny trudności w rehabilitacji pacjentów laryngektomowanych [42]

TRUDNOŚCI W REHABILITACJI		
PSYCHOGENNE I OGÓLNE	MIEJSCOWE (LARYNGOLOGICZNE)	FONIATRYCZNE
<ul style="list-style-type: none"> ➤ stany depresyjne, obawa przed brakiem akceptacji rodziny; ➤ brak akceptacji swojego głosu; ➤ przewlekłe zapalenie oskrzeli, zapalenie tchawicy; ➤ osłabienie; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ przeciek wokół protezy; ➤ zakażenie grzybicze; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ brak koordynacji oddechowo-fonacyjnej; ➤ hiperfunkcja mięśni szyi; ➤ trudności w uszczelnianiu tracheostomii;
<ul style="list-style-type: none"> ➤ brak motywacji do mówienia; ➤ akceptacja braku porozumiewania się przy pomocy głosu bez chęci poprawy; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ obrzęk wejścia do przełyku; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ hiperfunkcja mięśni gardła;
<ul style="list-style-type: none"> ➤ brak motywacji; ➤ nadopiekuńcza postawa rodziny; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ przejściowe trudności w higienie tracheostomii; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ dyskoordynacja oddechowo-fonacyjnej; ➤ hiperfunkcja mięśni szyi; ➤ trudności w uszczelnianiu tracheostomii;
<ul style="list-style-type: none"> ➤ brak akceptacji głosu; ➤ niechęć do powrotu do życia z okresu przedoperacyjnego; ➤ zaburzenia neurologiczne; 	---	---

Dysfonia czynnościowa, jako jakościowe zaburzenie głosu

Głos jest zjawiskiem akustycznym, które powstaje w wyniku współdziałania narządów odpowiedzialnych za zabezpieczenie strumienia powietrza wydechowego niezbędnego do fonacji (płuca, oskrzela, tchawica), generujących ton podstawowy (krtani, a dokładniej głośnia) oraz formujących barwę głosu i tworzących głoski (krtani, gardło, jama ustna, nos, zatoki przynosowe). Tor powstawania dźwięku nazywany jest traktem głosowym [46].

Dysfonia ma charakter wielopostaciowego zaburzenia głosu, obejmującego wszystkie składowe akustyczne, czyli częstotliwość, poziom głośności, czas trwania i barwę głosu. Chrypką nazywamy każdą odbiegającą od normy zmianę barwy głosu. Spowodowane jest to nieprawidłową wibracją fałdów głosowych z turbulencyjnym szmerem powietrza, który nieregularnie przechodzi przez głośnię w czasie fonacji. Problem zaburzeń o charakterze czynnościowym głosu dotyczy w większości przypadków osób zawodowo pracujących głosem. W grupie tej przeważają nauczyciele, u których najczęściej stwierdza się dysfunkcje głosu [47].

W początkowym stadium zaburzenia głosu o podłożu zawodowym mają charakter dysfonii czynnościowych, a dysfunkcja ta jest odwracalna. Do czynników etiologicznych prowadzących do zaburzeń głosu zaliczamy nadmierne obciążanie narządu głosu oraz nieprawidłową technikę emisji głosu sprzyjającą powstawaniu dysfonii czynnościowych, które nieleczone mogą przerodzić się w dysfonię organiczną [48]. Najczęstszą postacią dysfonii czynnościowej jest dysfonia hyperfunkcjonalna, która objawia się parastezjami gardła i krtani, okresową lub stałą chrypką, zmianą barwy głosu oraz zawężeniem skali głosu [49]. Dodatkowo w przebiegu tego schorzenia występuje wzmożone napięcie mięśni karku i odcinka lędźwiowego kręgosłupa, które jest przenoszone na mięśnie zewnętrzne i wewnętrzne krtani i gardła [50]. W zaawansowanych stadiach u osób pracujących głosem może wystąpić tkliwość i silny ból w obrębie tych struktur, uniemożliwiający wydobywanie głosu [51]. Dodatkowo u takich osób bardzo często występują zaburzenia w obrębie narządu ruchu, które w szczególności dotyczą układu mięśniowo-powięziowo-więzadłowego okolicy gardła i krtani [50]. Badania potwierdzają, że podwyższone napięcie mięśni żwaczy, mięśni dna jamy ustnej oraz mięśni nadgnykowych wpływa na ustawienie krtani w zbyt wysokiej pozycji. Wynikiem tego są zaburzone drgania fonacyjne, które niekorzystnie wpływają na jakość i wydolność głosu [52].

Dysfonia porażenna, jako czynnościowe zaburzenie głosu

Wynikiem uszkodzenia nerwu błędnego (nerw X) jest porażenie fałdu głosowego, polegające na jego unieruchomieniu podczas oddychania i fonacji. Uszkodzenie nerwu X może wystąpić na jego całym przebiegu, zaczynając od ośrodków korowych, przechodząc przez pień nerwu z jego odgałęzieniami, kończąc na połączeniach nerwowo-mięśniowych. Porażenie może wystąpić jednostronnie lub obustronnie. Ze względu na etiologię, porażenia możemy podzielić na [53]:

- porażenia ośrodkowe – związane z uszkodzeniem struktur w obrębie ośrodkowego układu nerwowego: kory mózgu, mózdzku, opuszki, układu pozapiramidowego; wynikać mogą one z procesów zapalnych, niedokrwiennych, guzów mózgu, czy uszkodzenia toksycznego mózgu;
- porażenia obwodowe – związane z uszkodzeniem nerwu błędnego, nerwu krtaniowego górnego lub krtaniowego wstecznego; mogą być wynikiem m.in. uszkodzeń jatrogennych, chorób zapalnych i zwyrodnieniowych, uszkodzeń toksycznych, uciskających nerw guzów szyi i śródpiersia, a także urazów okolicy szyi.

Jedną z najczęstszych przyczyn porażen są urazy jatrogenne, zwłaszcza powikłania w chirurgii tarczycy, w wyniku których dochodzi do uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego. Porażenia jednostronne występują znacznie częściej niż porażenia obustronne i charakteryzują się upośledzeniem funkcji głosowej oraz zaburzeniami funkcji oddechowej, odruchów obronnych krtani, a niekiedy występuje również porażenie podniebienia miękkiego, gardła i zaburzenia połykania [54].

Zaburzenia głosu w dysfonii porażennej charakteryzują się występowaniem wielu symptomów, w zależności od stopnia zamknięcia fonacyjnego głośni, która uwarunkowana jest możliwością odwodzenia fałdów głosowych. Funkcja fonacyjna krtani zależy od pozycji fałdu głosowego w stosunku do linii pośrodkowej oraz jego napięcia. Zaburzenia głosu są niewielkie w przypadku ustawienia fałdu w pozycji pośrodkowej i przyśrodkowej. Przy ustawieniu fałdu w pozycji pośredniej zaburzenia głosu są znacznie nasilone. Stwierdza się wówczas męczliwość i osłabienie natężenia głosu aż do szeptu. Skala głosu takich osób jest znacznie zawężona, zaś średnie położenie głosu mówionego jest zbyt wysokie. Odnotowuje się również skrócenie czasu fonacji i spływanie oddechu z objawem świstu wdechowego [55]. Głos pacjentów z dysfonią porażenną jest matowy, chuchający, cichy, może być bezdźwięczny lub ochrypliwy. Pojawia się szorstkość głosu, a czasami nawet bezgłos [56].

Kompensacja funkcji porażonego fałdu w przypadku pacjentów z nieleczoną dysfonią porażenną polega na nadmiernym napinaniu mięśni w obrębie traktu głosowego,

powodującego silne napięcie oraz ból w okolicach krtani. Grupą szczególnie narażoną na tego typu dyskomfort są pacjenci, u których głos jest narzędziem pracy [54]. Następstwa porażenia nerwów krtaniowych są niekorzystne dla chorych, nie tylko z medycznego punktu widzenia, ale w znaczącym stopniu wpływają również na jakość życia tych pacjentów. Oprócz czynnościowych dolegliwości pojawia się również komponent psychogeny, wywołany zmianami w psychospołecznym funkcjonowaniu chorego [57].

Profilaktyka zaburzeń mowy u osób dorosłych

W znaczeniu ogólnym profilaktyka to przede wszystkim stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof [58]. Profilaktyka w ujęciu nauk medycznych oznacza wszelkie działania mające na celu zapobieganie chorobom przez ich wczesne wykrycie i leczenie. Interdyscyplinarny charakter logopedii i jej ścisłe związki z innymi naukami powodują, że próba zdefiniowania profilaktyki logopedycznej powinna być oparta na medycznych podstawach tego zagadnienia [59].

Z medycznego punktu widzenia profilaktykę dzielimy na trzy poziomy: profilaktykę pierwotną, profilaktykę wtórną oraz profilaktykę trzeciorzędową [60, 61]. Cele ogólne profilaktyki logopedycznej zostały przedstawione w Tabeli V [59].

Międzynarodowe Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów (IALP) określiło profilaktykę logopedyczną jako zapobieganie wystąpieniu lub rozwojowi zaburzeń w komunikacji ludzkiej polegające na [62]:

- edukacji społeczeństwa na temat natury procesu komunikacji i profilaktyki zaburzeń w komunikowaniu się ludzi;
- wczesnej identyfikacji zaburzeń w komunikowaniu się;
- współpracy z innymi profesjonalistami stosownie do ich roli w zapobieganiu zaburzeniom w komunikowaniu się.

W oparciu o trzy główne poziomy profilaktyki w Tabeli VI przedstawiono cele szczegółowe profilaktyki logopedycznej w zakresie działań skierowanych do osób dorosłych [59].

Tabela V. Cele ogólne profilaktyki logopedycznej [59]

<p>PROFILAKTYKA PIERWOTNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ upowszechnianie wiedzy z zakresu logopedii, mające na celu promocję rozwoju mowy oraz skutecznego komunikowania się, odnoszące się do całej populacji dzieci, młodzieży i osób dorosłych;
<p>PROFILAKTYKA WTÓRNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wczesna identyfikacja opóźnień rozwoju mowy, zakłóceń oraz zaburzeń komunikacji; ▪ wykorzystywane w tym celu badania przesiewowe pozwalają na szybką identyfikację osób z grupy ryzyka i podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji logopedycznej w celu powstrzymania rozwoju zaburzenia;
<p>PROFILAKTYKA TRZECIORZĘDOWA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wszelkie działania prewencyjne i wspomagające wobec osób, u których problem zaburzeń w komunikacji został już zdiagnozowany; ▪ wszelkie formy oddziaływań logopedycznych ukierunkowanych na niwelowanie negatywnych skutków występującego już zaburzenia mowy;

Tabela VI. Cele szczegółowe profilaktyki logopedycznej osób dorosłych [59]

POZIOM	TREŚCI PROFILAKTYCZNE
<p>POZIOM I – profilaktyka pierwotna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ promocja zdrowia i edukacja prozdrowotna: <ul style="list-style-type: none"> ➤ styl życia a jakość komunikowania się; ➤ higiena głosu, podnoszenie kompetencji w komunikowaniu się, a jakość życia; ➤ zapobieganie urazom sportowym i komunikacyjnym; ➤ oszczędzanie słuchu; ➤ wpływ stresu na jakość komunikowania się; ▪ korzyści wynikające z wczesnej interwencji w przypadku zaburzeń mowy i języka; ▪ sygnały ostrzegawcze, mogące świadczyć o występowaniu zaburzenia mowy;
<p>POZIOM II – profilaktyka wtórna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wczesna identyfikacja objawów zaburzeń i podjęcie jak najwcześniejszej interwencji terapeutycznej; ▪ działania skierowane przede wszystkim do osób z grupy ryzyka; ▪ gromadzenie danych na podstawie badań przesiewowych i na podstawie ich analizy konstruowanie odpowiednich programów profilaktycznych oraz terapeutycznych;
<p>POZIOM III – profilaktyka trzeciorzędowa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ograniczenie i zmniejszenie negatywnego wpływu stwierdzonego zaburzenia mowy na pacjenta; ▪ podejmowanie współpracy z innymi specjalistami; ▪ udzielanie wsparcia osobom, które zmagają się z problemami komunikacyjnymi, stwarzanie i kreowanie takich warunków środowiska, w których wdrożenie terapii będzie efektywniejsze; ▪ monitorowanie i ewaluacja przebiegu terapii i jej wyników oraz ciągłe modyfikowanie działań terapeutycznych;

Podsumowanie

1. Zaburzenia głosu występujące samoistnie lub jako objaw współistniejący w znacznym stopniu wpływają na jakość życia osób dorosłych, szczególnie w sferze psychologicznej i społecznej. Powodują utrudnienia w kontakcie ze środowiskiem, a w konsekwencji mogą prowadzić do izolacji społecznej jednostki.
2. Działaniem profilaktycznym mającym na celu zniwelowanie zaburzeń mowy i głosu powinna być przede wszystkim nauka prawidłowej emisji głosu, poczynając od nauki prawidłowego toru oddechowego, a kończąc na higienie głosu.

Piśmiennictwo

1. Grzesiak H.: Zaburzenia mowy i języka w świetle żydowskiej literatury starożytnej [w:] O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji, Obrębska M. (red.). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2011, 93-105
2. Pałka T., Puchowska-Florek M.: Chory po udarze – rehabilitacja ruchowa i zaburzeń mowy. *Choroby Serca i Naczyń*, 2007, 4(2), 89-92.
3. Mierzejewska H., Emiluta – Rozya D.: Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, 1997, 10, 37-48.
4. Grabias S.: Mowa i jej zaburzenia. *Audiofonologia*, 1997, 10, 9-36.
5. Żurner-Szymańska N., Pawełczyk A., Rabe-Jabłońska J.: Trudności językowe i komunikacyjne w zaburzeniach psychotycznych i zaburzeniach nastroju – przegląd badań. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2013, 13(3), 191-196.
6. Feighner J.P., Robins E., Guze S.B. et al.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26(1), 57-63.
7. Andreasen N.C.: Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36(12), 1315-1321.
8. Andreasen N.C.: Thought, language and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36(12), 1325–1330.
9. Waszkiewicz J., Wciórka J., Anczewska M. i wsp.: Zaburzenia językowe a inne wybrane funkcje poznawcze u osób chorujących na zaburzenia schizofreniczne. *Psychiatria Polska*, 2012, 40(4), 553-570.

10. Docherty N.M., Strauss M.E., Dinzeo T.J., St-Hilaire A.: The cognitive origins of specific types of schizophrenic speech disturbances. *The American Journal of Psychiatry*, 2006, 163(12), 2111-2118.
11. Czernikiewicz A.: Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. Akademia Medyczna w Lublinie, Lublin 1998.
12. Walsh K., Darby D.: *Neuropsychologia kliniczn. Walsha*. GWP, Gdańsk 2005.
13. Jodzio K.: *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Koncepcje funkcji wykonawczych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2008.
14. Berberian A.A., Vevisan B.T., Moriyama T.S. et al.: Working memory assessment in schizophrenia and its correlation with executive functions ability. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009, 31(3), 219-226.
15. McGrath J.: Ordering thoughts on thought disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 307-316.
16. Kerns J.G., Berenbaum H.: The relationship between formal thought disorder and executive functioning component processes. *Journal of Abnormal Psychology*, 2003, 112(3), 339-352.
17. Szczepańska-Gieracha J., Greń G., Morga P.: Zaburzenia językowe w chorobie Alzheimera. *Alter Ego Seniora*, 2014, 2(2), 75-77.
18. Makara-Studzińska M., Gustaw K., Kryś K.: Trudności w komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2012, 12(1), 18-25.
19. Zasadzka E., Józwiak A.: Ołepienie [w:] *Fizjoterapia w geriatrici*, Wiczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.M. (red.). PZWL, Warszawa 2011, 94-97.
20. Kostka T.: Zaburzenia psychogeriatriczne (ołepienie, depresja, delirium) [w:] *Choroby wieku podeszłego*, Kostka T., Koziarska-Rościszewska A.M. (red.). PZWL, Warszawa 2009, 148-149.
21. Marczewska H., Osiejuk E.: *Nie tylko afazja...: o zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Energeia, Warszawa 1994.
22. Hart S.: Language and dementia: a review. *Psychological Medicine*, 1988, 18(1), 99-112.

23. Rosen W.G.: Neuropsychological investigation of memory visuoconstructional, visuoperceptual and language abilities in senile dementia of the Alzheimer type [in:] *The dementias*, Mayeux R., Rosen W.G. (ed.). Raven, New York 1983, 65-73.
24. Bayles K.A., Tomoeda C.K., Kaszniak A.W. et al.: Verbal perseveration of dementia patients. *Brain and Language*, 1985, 25(1), 102-116..
25. Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J.: Jąkanie w wieku przedszkolnym: przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 2010, 46(5), 703-712.
26. Błachnio A., Przepiórka A.: Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań. *Psychologia Jakości Życia*, 2012, 11(2), 211-222,
27. Woźniak T.: Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego [w:] *Opuscula logopaedica: in honorem Leonis Kaczmarek*, Bartmiński J. (red.). Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993, 313-319.
28. Błachnio A.: Dziecko jākające się w klasie. *Psychologia w Szkole*, 2011, 1(29), 136-141.
29. Tarkowski Z.: Jąkanie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002,
30. Yaruss J.S., Quesal R.W.: Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 2006, 31(2), 90-115.
31. Kostecka W.: Zintegrowany program terapii osób jākających się. Agencja Wydawniczo-Handlowa Antoni Dudek, Lublin 2004.
32. Andrade C.R., Sassi F.C., Juste F.S., Ercolin B.: Quality of life of individuals with persistent developmental stuttering. *Pro - Fono*, 2008, 20(4), 219-224.
33. Koedoot C., Bouwmans C., Franken M.C., Stolk E.: Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 2011, 44(4), 429-443.
34. Craig A., Blumgart E., Tran Y.: The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 2009, 34(2), 61-71,
35. Cooper E.B.: The development of stuttering chronicity predictions checklist: a preliminary report. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1973, 38(2), 215-223.
36. Öhman A.: Strach i lęk z perspektywy ewolucyjnej, poznawczej i klinicznej [w:] *Psychologia emocji*, Levis M., Haviland-Jones J.M. (red.). GWP, Gdańsk 2005, 719-744.
37. Tarkowski Z.: Jąkanie wczesnodziecięce. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.

38. Hayhow R., Cray A.M., Enderby P.: Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 2002, 27(1), 1-16.
39. Klompas M., Ross E.: Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 2004, 29(4), 275-305.
40. Markowski J., Piotrowska-Seweryn A., Witkowska M. i wsp.: Ocena skuteczności rehabilitacji głosu po zabiegu implantacji protez głosowych typu Provox 2 u pacjentów laryngektomowanych. *Otorynolaryngologia*, 2014, 13(3), 163-168.
41. Bień S., Okła S.: Historia rehabilitacji głosu i mowy u chorych po usunięciu krtani. *Otorynolaryngologia*, 2006, 5(1), 17-23.
42. Zimmer-Nowicka J., Morawiec-Bajda A.: Rehabilitacja i jakość życia chorych po laryngektomii całkowitej z wszczepionymi protezami głosowymi Provox. *Otorynolaryngologia*, 2007, 6(1), 39-44.
43. Lipiec D.: Zrozumiałość mowy przetykowej – doniesienia z badań własnych. *Logopeda*, 2009, 1(7), 32-46.
44. Kazi R.: Surgical voice restoration following total laryngectomy. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2007, 3(4), 188-189.
45. Pruszewicz A., Obrębowski A.: Zrozumiałość mowy zastępczej u chorych po laryngektomii. *Otolaryngologia Polska*, 1970, 24, 453-456.
46. Niebudek-Bogusz E., Woźnicka E., Śliwińska-Kowalska M.: Zastosowanie skali dyskomfortu traktu głosowego w diagnozowaniu dysfonii czynnościowej. *Otorynolaryngologia*, 2010, 9(4), 204-209.
47. Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M.: Ocena przydatności skali ewaluacji palpacyjnej krtani w diagnozowaniu dysfonii czynnościowej. *Otorynolaryngologia*, 2013, 12(4), 190-197.
48. Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E., Fiszer M. et al.: The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 2006, 58(2), 85-102.
49. Łoś-Spychalska T., Fiszer M., Śliwińska-Kowalska M.: Ocena częstości występowania chorób narządu głosu u nauczycieli. *Otorynolaryngologia*, 2002, 1, 39-44.
50. Altman K.W., Atkinson C., Lazarus C.: Current and Emerging Concepts in Muscle Tension Dysphonia: A 30-Month Review. *Journal of Voice*, 2005, 19, 261-267.

51. Gillivan-Murphy P., Drinnan M., O'Dwyer T. et al.: The effectiveness of a voice treatment approach for teachers with self-reported voice problems. *Journal of Voice*, 2006, 20(3), 423-431.
52. Koufman J.A., Koufman J.A., Blalock P.D.: Vocal fatigue and dysphonia in the professional voice user: Bogart-Bacall syndrome. *Laryngoscope*, 1988, 98(5), 493-498.
53. Niebudek-Bogusz E., Kuzańska A., Woźnicka E. i wsp.: Samoocena głosu za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej VHI u pacjentów z porażeniem fałdów głosowych. *Otorynolaryngologia*, 2008, 7(4), 196-201.
54. Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Śliwińska-Kowalska M.: Ocena efektów terapii głosu w dysfonii porażennej – studium przypadku. *Otorynolaryngologia*, 2011, 10(3), 138-145.
55. Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A.: Porażenia fałdów głosowych [w:] *Otorynolaryngologia praktyczna – podręcznik dla studentów i lekarzy. Tom I*, Janczewski G. (red.). Via Medica, Gdańsk 2007, 496-504.
56. Janczewski G.: *Otorynolaryngologia praktyczna. Tom I*. Via Medica, Gdańsk 2007.
57. D'Alatri L., Galla S., Rigante M., Antonelli O., Marchese M.: Role of early voice therapy in patients affected by unilateral vocal fold paralysis. *The Journal of Laryngology & Otology*, 2008, 122(9), 936-941.
58. Sobol E. (red.): *Mały słownik języka polskiego*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
59. Węsierska K.: Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym [w:] *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej, Tom I*, Węsierska K. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 201, 25-47.
60. Karski J.B.: *Teoria i praktyka promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. CeDeWu, Warszawa 2003.
61. Woynarowska B.: *Zdrowie i szkoła*. PZWL, Warszawa 2000.
62. International Association of Logopedics and Phoniatrics Education Committee: Revised IALP education guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for initial education in speech-language pathology. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 2010, 62(5), 210-216.

**Zalewska Anna¹, Tyrakowska – Dadello Zuzanna Judyta²,
Szarejko Krzysztof³, Kuć Joanna⁴**

1. Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę”, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej, ul. Warszawska 79, Białystok
4. Zakład Protetyki Stomatologicznej, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ autyzmu dziecięcego na jakość życia małego pacjenta – studium przypadku

Wprowadzenie

Autyzm obejmuje cały szereg objawów. Zalicza się on do całościowych zaburzeń rozwoju. Charakteryzuje go opóźnienie bądź nieprawidłowości w zakresie rozwoju relacji społecznych, komunikacji, zachowania i funkcji poznawczych. Etiologia autyzmu jest nadal nieznana i budzi zainteresowanie badaczy. Dane epidemiologiczne wskazują na jego coraz częstsze występowanie. Terapią autyzmu zajmować się powinien zespół interdyscyplinarny. Ważnym jego ogniwem jest neurologopeda, dla którego autyzm powinien być wyzwaniem terapeutycznym. W specjalistycznej literaturze jednogłośnie stwierdza się konieczność podjęcia wczesnego i intensywnego usprawniania logopedycznego w kompleksowym leczeniu i rehabilitacji dziecka z autyzmem.

Rozwinięcie

Definicja, epidemiologia

Termin „autyzm” pochodzi od greckiego słowa „*autos*”, co znaczy „*sam*”. Określa stan funkcjonowania polegający na wycofywaniu się z interakcji z innymi. Towarzyszą mu zaburzenia rozwoju emocjonalnego, społecznego i poznawczego. Definiowany jest z punktu widzenia wielu dyscyplin naukowych.

Autyzm dziecięcy pierwszy raz opisany został przez francuskiego lekarza Itarda na początku XIX wieku. Jednak to nie on, a Leo Kanner - amerykański psychiatra, uważany jest

za „ojca autyzmu”. W 1943 roku w artykule „*Autistic disturbances of affective contact*” opisał on 11 dzieci, które charakteryzowały się cechami takimi jak brak zdolności nawiązywania relacji z innymi i zachowania stereotypowe [1]. Pierwsze badania epidemiologiczne dotyczące powszechności autyzmu prowadzone były w Wielkiej Brytanii w latach 60-tych XX wieku. Stwierdzono wtedy, że występuje on w 4-6 na 10000 przypadków [2]. W ostatnich latach w odnotowuje się tendencje zwykłe. W 2008 roku ONZ uznała autyzm za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych świata (oprócz nowotworów, cukrzycy i AIDS). Wskaźniki ogólnoswiatowe szacują, że zaburzenie to występuje u 22 na 10 000 dzieci [3]. Zaobserwowano, że występuje on u chłopców cztery razy częściej niż u dziewcząt [4, 5].

Etiopatogeneza

Nadal nie jest znana etiopatogeneza autyzmu. Początki badań nad tym zagadnieniem wskazywały na pochodzenie psychogenne (dziecko w wyniku przeżycia „traumy” we wczesnym dzieciństwie stawało się autystyczne, a charakterystyczne cechy ujawniały się przy nieprawidłowej relacji z „zimną” odrzucającą postawą matki). Autor teorii „zimnej” matki, Kanner, wycofał się z czasem ze swojej koncepcji [2].

Badacze doszukują się przyczyn autyzmu w teoriach dotyczących pierwotnego deficytu psychologicznego. Pierwsza sugeruje, że deficyt dotyczy funkcji wykonawczych (osoba ma trudności z umiejętnością planowania i organizowania). Druga zakłada, że źródłem deficytu pierwotnego jest brak teorii umysłu (osoba nie przypisuje sobie i innym osobom różnych stanów psychicznych, które umożliwiają przewidywanie i wyjaśnianie działań). Żadna z przedstawianych teorii nie wyjaśnia całkowicie przyczyn zróżnicowanych objawów, takich jak np. niski iloraz inteligencji czy zachowania stereotypowe [2].

Obecnie uważa się, że autyzm uwarunkowany jest wieloaspektowo. Pojawienie się cech charakterystycznych przypuszczalnie wywołać mogą czynniki genetyczne (nieprawidłowości chromosomowe typu mikrodelecji, mikroduplikacji) [6, 7] i czynniki środowiskowe [1]. Istnieją badania, których wyniki mówią, że jedną z przyczyn autyzmu dziecięcego może być organiczne uszkodzenie OUN. Obserwowane w mózgu zmiany nie są zlokalizowane w konkretnym rejonie, a obejmują jego różne struktury [8]. U dzieci autystycznych obserwowano: makrocefalię (20-30%) [9], nieprawidłowości w anatomii i strukturze układu limbicznego [10], zmiany w mózdzku i płacie skroniowym [11, 12].

Naukowcy uważają, że jedną z przyczyn autyzmu mogą być zaburzenia funkcjonowania neuronów lustrzanych – odpowiedzialnych prawdopodobnie za emocje takie jak empatia czy zdolność rozpoznawania pewnych emocji i intencji. Uaktywniane są, gdy człowiek sam doświadcza takich emocji lub obserwuje je u innych [13].

Innym polem badań nad etiologią autyzmu są transmittory synaptyczne, a zwłaszcza podwyższony poziom serotoniny obserwowany u chorych oraz zaburzenia w transmisji epinefryny i norepinefryny. Zwraca się uwagę także na wzmożoną aktywność receptorów opioidowych w mózgu i zmiany w neurotransmisji oksytocyny [14]. U autystów stwierdzono obniżony poziom melatoniny [15], obecność przeciwciał przeciw białkommieliny oraz podwyższony poziom granulocytów zasadochłonnych i kwasochłonnych [16]. Kontrowersje i dyskusje budzi łączenie powstawania autyzmu ze szczepieniem szczepionką skojarzoną przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR). Dotychczasowe badania zaprzeczają istnieniu takiej korelacji [17, 18]. U niemal wszystkich osób z autyzmem obserwuje się pewne zaburzenia neurologiczne takie jak: zaburzenia w rytmie okołodobowym, nieprawidłowe wzorce ruchowe, zaburzenia związane z dominacją półkulową, padaczka (20-35% osób), nieprawidłowości w zapisie EEG. U dzieci obserwuje się upośledzenie umysłowe, zaburzenia zachowania i emocji (nadruchliwość, wybuchy złości i agresji) [19, 20].

Charakterystyka zaburzeń

W autyzmie ujawniają się cztery charakterystyczne cechy:

- upośledzenie funkcjonowania społecznego
- zaburzenia komunikacji
- ograniczony i powtarzający się wzorzec zainteresowań i aktywności
- wczesny początek [13].

Największym problemem autyzmu są zaburzenia komunikacji społecznej. Sygnałem, który zapowiadać może rozwój autyzmu jest zaburzenie relacji między matką a dzieckiem. Dziecko autystyczne nie utrzymuje z nią kontaktu wzrokowego, nie reaguje na bodźce i sygnały płynące z jej strony, broni się przed kontaktem fizycznym, nie odpowiada uśmiechem na jej widok, „sztywnieje” przy próbie przytulenia. W pierwszych miesiącach życia można zaobserwować stereotypie np. obracanie rękoma i poruszanie palcami blisko oczu. Rozwojowi autyzmu towarzyszyć mogą zaburzenia snu i łaknienia [2, 19, 20].

Około 2-3 r.ż. obserwuje się najbardziej charakterystyczne dla autyzmu objawy – niezdolność do komunikacji i zaburzenia rozwoju mowy. Zdaje się, że świat otaczający dziecko jest dla niego rzeczą najmniej interesującą. Wraz z wiekiem osoby nie nabierają zdolności nawiązywania więzi społecznych w kontaktach z rówieśnikami, nie uczestniczą w zabawach, pozostają poza grupą [19, 21]. Dzieci autystyczne bawią się w charakterystyczny, stereotypowy sposób: wielokrotnie uruchamiają zabawki mechaniczne lub układają wiele przedmiotów w szeregu zawsze w tej samej kolejności. Niepokojem reagują na najdrobniejsze zmiany. Zwracają uwagę na niezmienny stan otoczenia. Zaburzenie porządku budzi lęk, agresję, nasila stereotypie [21]. W większości rozwój dzieci z autyzmem jest nieprawidłowy. Czasami stwierdza się zahamowanie rozwoju w 2 lub 3 r.ż., kiedy to po okresie normalnego rozwoju występuje faza regresji. Dziecko traci w niej nabyte wcześniej umiejętności interakcji społecznych, komunikacji, zabawy [13].

Obserwowany wzorzec aktywności oraz zainteresowań jest ściśle określony i powtarza się. Obejmuje on zazwyczaj: przywiązanie do rutynowych zachowań, opór wobec jakichkolwiek zmian, machanie rękoma, przywiązywanie się do niezwykłych przedmiotów (np. kosza na śmieci), pochłonięcie wybranymi obiektami (rozkładami jazdy autobusów, wentylatorami) [19, 21].

Komunikacja

Wśród całej populacji osób autystycznych około 30% w ogóle nie mówi. Znaczna część z nich nie używa alternatywnych sposobów komunikacji, takich jak gesty czy mimika. U pozostałych 70% autystów występują albo znaczne opóźnienia w nabywaniu funkcji mowy, albo też poważne zaburzenia językowe. Inaczej mówiąc osoby z autyzmem doświadczają trudności zarówno w komunikacji werbalnej jak i niewerbalnej.

Komunikacja za pomocą języka stanowi podstawową aktywność ludzką. Jest także źródłem wiedzy o otaczającej rzeczywistości, sprawia, że odnajdujemy w niej swoje miejsce. Komunikacja pozwala zaspokoić podstawowe i wyższe potrzeby. By człowiek mógł uczestniczyć w komunikacji językowej musi mieć rozwinięte określone kompetencje (językowe, komunikacyjne, kulturowe) i sprawności (biologiczne, czynności umysłowych) warunkujące się wzajemnie [22]. Trudności komunikacyjne stanowią jedno z kryteriów objawowych podczas diagnozy autyzmu. Obserwuje się nieumiejętność do „czytania w umyśle” innej osoby, niezdolność do myślenia o jej myśleniu bądź do wyobrażania sobie stanu umysłu drugiego człowieka. Nie staranie się przez dziecko zwracania uwagi na własne emocje, odkrycia i spostrzeżenia może być jedną z najwcześniejszych oznak autyzmu.

Dziecko autystyczne nie rozumie działań pozorowanych, nie potrafi bawić się symbolicznie. Jeśli dziecko mówi, jego język charakteryzuje dosłowność, nie odczytuje znaczeń domyślnych, metafor, ukrytych myśli lub zamiarów rozmówcy. Wszystkie wypowiedzi odbiera w formie powierzchownej, dosłownie traktuje też swoje wypowiedzi. W podobny sposób interpretuje zachowania, nie rozumie rozróżnień opartych na uczuciach, przekonaniach, intencjach. Obserwuje się też opóźnienia lub brak rozwoju mowy, które mogą manifestować się w różny sposób. Dzieci stosują komunikaty w formie prostych, instrumentalnych gestów (idź, daj, wstań) [23].

Diagnoza

Obecnie najbardziej powszechnym sposobem rozpoznawania autyzmu są kryteria odwołujące się do krótkiej listy problemów widocznych w zachowaniu danej osoby. Są to klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania DSM – IV oraz klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia, znana jako ICD – 10, gdzie autyzm występuje pod numerem F 84.0 [13].

W diagnostyce różnicowej bierze się pod uwagę:

- autyzm atypowy (jego cechą charakterystyczną jest późniejszy początek ujawnienia się objawów, który staje się wyraźny ok. 3 r.ż. lub później);
- Zespół Aspergera (rozwój słownictwa i opanowanie zasad gramatycznych jest właściwe. Sposób mowy jest jednak nienaturalny, pedantyczny. Obserwuje się monologi na preferowane tematy. Ograniczony jest repertuar aktywności i zainteresowań, a relacje społecznie niezdarne);
- Zespół Hallera (po całkowicie normalnym rozwoju przez okres 2-6 lat obserwuje się fazę regresji prowadzącą do znacznego upośledzenia umysłowego z cechami autystycznymi, które pozostaje do końca życia);
- upośledzenie umysłowe (charakterystyczna jest zdolność do nawiązywania relacji społecznych pomimo występowania opóźnień rozwojowych);
- Zespół Retta (występuje wyłącznie u dziewczynek, u których od 1 r.ż. obserwuje się regres rozwoju: spowolniony wzrost głowy, charakterystyczna stereotypia „mycia rąk”, incydenty hiperwentylacji, i nieprovokowanego śmiechu, obniżenie poziomu sprawności motorycznej);
- zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i towarzyszącymi ruchami stereotypowymi [13].

W momencie diagnozowania autyzmu wykonuje się następujące badania: EEG, KT lub MR, badania genetyczne (ocena kariotypu i badanie w kierunku łamliwego chromosomu X), badania w kierunku chorób metabolicznych i infekcji wirusowych przebytych wewnątrzłono.

Do diagnozowania autyzmu wykorzystuje się też skale:

- Kwestionariusz do oceny ryzyka rozwoju autyzmu CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) autorstwa S. Barona-Cohena, J. Allen, C. Gilberga;
- Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) E. Schoplera, R. Richlera, B. Renner;
- Lista Zachowań Autystycznych ABC (*Autism Behavior Checklist*) opracowana przez D.A. Krug, J.R. Arick i P.J. Almond;
- Skala Diagnostyczna Zespołu Aspergera ASDS (*Asperger Syndrome Diagnostic Scale*) autorstwa B. Myles, S. Bock i S. Simpson;
- Kryteria diagnostyczne Zespołu Aspergera Ch. Gillberga (*Gillberg's Criteria for Asperger Syndrome*);
- Południowokalifornijskie Testy Integracji Sensorycznej J. Ayeres SCSIT (*Southern California Sensory Integration Tests*) [13].

Terapia

W zaburzeniach całościowych nie istnieje jedna właściwa forma terapii czy lek, który byłby skuteczny w 100%. Należy podejmować postępowanie interdyscyplinarne. Terapia dzieci autystycznych powinna obejmować dwa podejścia: edukacyjne i behawioralne. Najczęściej wykorzystuje się terapię behawioralną, której celem jest nauka odpowiednich lub eliminacja niepożądanych zachowań. Obecnie w terapii wykorzystuje się najczęściej: integrację sensoryczną, terapię według W. Sherborn, VIT (video-trening), indywidualną pracę z psychologiem i neurologopedą, trening umiejętności społecznych, metody oparte na analizie zachowań, metody ułatwionej komunikacji, dogoterapię, hipoterapię, muzykoterapię [2, 24]. Farmakoterapię stosuje się w leczeniu zaburzeń współistniejących (w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, w przypadkach zaburzeń snu – melatoninę, przy agresji i drażliwości – rysperydon) [1, 25]. Popularne w ostatnim czasie jest stosowanie diet bezglutenowych i bezkazeinowych. Brak jest jednoznacznych dowodów naukowych potwierdzających skuteczność takiego postępowania w autyzmie [1].

Rokowania

Około 30% dzieci autystycznych nigdy nie nabędzie umiejętności posługiwania się mową. Najlepsze rokowanie mają dzieci, u których objawy autystyczne pojawiły się po wcześniejszym prawidłowym rozwoju [13]. W dorosłości tylko ok. 10% osób autystycznych jest w stanie funkcjonować samodzielnie. Niewielu zawiera związki małżeńskie czy zostaje rodzicami [19, 20].

Studium przypadku

Dziewczynka (A.R.), 8 lat 7 miesięcy, z rozpoznaniem autyzmem dziecięcym (F 84.0). Jest pierwszym i jedynym dzieckiem wychowywanym w pełnej rodzinie. Ojciec zdrowy, bez nałogów, pracuje zawodowo (informatyk). Matka, zdrowa, bez nałogów, pracuje zawodowo (nauczyciel akademicki). Rodzice bardzo zaangażowani w terapię i funkcjonowanie dziecka. Ciąża przebiegała prawidłowo, poród odbył się o czasie, siłami natury. Dziecko otrzymało 10 punktów w Sali Apgar.

Z wywiadu z wynika, że dziewczynka rozumie polecenia proste, natomiast polecenia złożone często wykonuje tylko częściowo. Mowa czynna według mamy jest rozwinięta adekwatnie do wieku dziewczynki, lecz niezrozumiała. Zdarza się, że A. mówi do siebie (najczęściej odtwarza treści i wydarzenia np. ze szkoły), zadaje innym stereotypowe pytania. Zdarzają się momenty, kiedy kontakt z dziewczynką jest utrudniony, dziewczynka jakby „zawiesza się” nie reagując wtedy na bodźce zewnętrzne.

A. jest pod stałą specjalistyczną opieką neurologa, psychologa, pedagoga, terapeutę SI, ortodonta.

Podczas badania i obserwacji logopedycznej dziewczynka nawiązywała krótkotrwały kontakt wzrokowy. Adekwatnie odpowiadała na pytania, opowiadała o różnych wydarzeniach (m.in. co działo się w szkole, o tym u którego kolegi była i w co się z nim bawiła). A. prawidłowo wskazywała i nazywała kategorie oraz należące do nich elementy, określała funkcje przedmiotów. Zaobserwowano międzyzębową realizację głosek. Być może przyczyną tego jest zgryz otwarty (co może być konsekwencją długiego stosowania smoczka – do 6 roku życia). A. ma zaburzone czucie w obrębie strefy oralnej. Pojawia się nawrotowe gryzienie i żucie rzeczy niejadalnych, np. gumek recepturek, fragmentów papieru. Do niedawna miała także problem z jedzeniem pokarmów o złożonej konsystencji. W trakcie obserwacji dziewczynka zatykała uszy w reakcji na głośny, nieznaną dźwięk.

U dziewczynki zaobserwowano problemy w zakresie regulowania i kontrolowania emocji. A. dostaje napadu złości praktycznie zawsze, gdy coś nie idzie po jej myśli.

Dziewczynka nie różnicuje osób bliskich i obcych, skraca dystans zwracając się „na ty” do wszystkich dorosłych. Ma problemy z proszeniem o pomoc, gdy nie może sobie z czymś poradzić (najczęściej wtedy rezygnuje lub próbuje poradzić sobie sama). Nie zawsze stosuje się do poleceń, próbuje narzucać przebieg aktywności po swojej myśli.

Wybrane elementy ogólnej charakterystyki warunków mownych dziecka (oparta o Kartę badania logopedycznego „Sprawdź jak mówię” E. Stecko):

Stan mowy

- Rozumienie mowy:
 - ✓ nazwy przedmiotów – 40/40;
 - ✓ nazwy czynności – 10/10;
 - ✓ nazwy cech przedmiotów – 4/4;
 - ✓ nazwy cech czynności – 4/4;
 - ✓ określanie stosunków przestrzennych – 5/5;
 - ✓ nazwy pojęć – 5/5;
 - ✓ opowiadanie treści obrazka – wskazanie właściwego.

Rozumienie przez dziewczynkę pojedynczych wyrazów jest zachowane. Słuchając opowiadania treści obrazka dostrzegała wymienione szczegóły i wychwytywała zależności. Badana nie ma problemów z odbiorem informacji drogą słuchową, wybraniem istotnych i pomijaniem nieznaczących.

- Mowa ekspresywna:
 - ✓ nazywanie przedmiotów – 39/40;
 - ✓ nazywanie czynności – 10/10;
 - ✓ cechy przedmiotów (w parach) – 4/4;
 - ✓ cechy czynności (w parach) – 4/4;
 - ✓ wymieniła 5 określeń stosunków przestrzennych;
 - ✓ ułożyła historyjkę z 6 obrazków we właściwej kolejności; używała zdań prostych i złożonych, miała trudność ze stosowaniem prawidłowych form gramatycznych w zakresie fleksji i składni;
 - ✓ powtarzanie – mechanicznie powtarza głoski, sylaby, wyrazy, głoski wyrazy opozycyjne, zwroty, zdania;
 - ✓ słownik czynny i bierny bogaty; wysoki poziom fluencji słownej;
 - ✓ odpowiedzi na pytania – odpowiada na proste i dłuższe pytania prostymi zdaniami; pytanie wkomponowane w odpowiedź: dobrze radzi sobie z pytaniami zamkniętymi, trudność nie sprawiają

dziewczynce pytania otwarte, wymagające interpretacji, komentarza, oceny, pozostawiające swobodę wyboru między różnymi możliwościami;

- ✓ swobodne wypowiedzi – wypowiada się chętnie, najbardziej na tematy, które ją interesują (kosmos); stosuje zdania złożone, używa spójników; potrafi prowadzić dialog, odpowiada na pytania, sama nie pyta; popełnia liczne błędy gramatyczne w wypowiedziach i zadaniach pisemnych, dotyczy to stosowania prawidłowych form deklinacji i koniugacji, zastosowania czasów, w czasie wypowiedzi bardzo często zmienia formę osobową.
- Synteza i analiza:
 - ✓ dziewczynka miała trudności z tworzeniem wyrazów z głosek i sylab.

W celu zbadania umiejętności językowych, przeprowadzono także składające się z dwóch etapów badanie kompetencji językowej w zakresie nazywania i stosowania czasowników (Karta badania mowy H. Rodak i D Nawrockiej). Pierwszym zadaniem A. było określenie czynności i prezentowanych na obrazkach – nazwała prawidłowo wszystkie (48 obrazków) i dopasowała do nich zdania. W drugim etapie miała do wykonania różne ćwiczenia z karty zadaniowej. Prawidłowo uzupełniła zdania czasownikami pasującymi do kontekstu zdania; odpowiedziała na pytania typu *Malarz – co robi?*; wybrała odpowiednie czasowniki do podanych rzeczowników; wymieniła kilka czasowników w odpowiedzi na pytania typu *Co robi uczeń?*; podkreśliła czasowniki w zdaniach; podkreśliła czasowniki w tekście; wymyśliła zdania z obrazków.

Podsumowanie

Autyzm nadal pozostaje zagadką, mimo że osoby zajmujące się nim zawodowo i naukowo często opisują swoje spostrzeżenia oraz doświadczenia terapeutyczne. Podjęty temat pozwolił maksymalnie zgłębić istotę zaburzeń i zaproponować indywidualną terapię konkretnego dziecka.

Główną zasadą pracy neurologopedycznej zdaje się być uznanie możliwości podnoszenia sprawności rozwojowych dzieci autystycznych w zakresie umiejętności językowych i budowania kompetencji komunikacyjnej. Żyją one w swoim świecie i w nim tworzą specyficzne dla siebie formy funkcjonowania komunikacji, które dla osób w najbliższym

otoczeniu stają się czytelne. Ważne jest, by podczas terapii stosować zasadę podejścia indywidualnego i poznać dziecko na tyle, na ile jest to możliwe. Umożliwi to (w o parciu o zdolności i możliwości dziecka) budowanie wielu płaszczyzn komunikacji.

Piśmiennictwo

1. Yates K., Le Couteur A.: Diagnosing autism. *Paediatrics and Child Health*, 2009, 19, 55-59.
2. Pisula E.: Małe dziecko z autyzmem. Diagnoza i terapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
3. Rybakowski F., Białek A., Chojnicka I. i wsp. : Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie. *Psychiatria Polska*, 2014, 48, 653-665.
4. Baird G., Simonoff E., Pickles A. et al.: Prevalence of disorders of the autism spectrum in the population cohort of children in south Thames:the Special Needs and autism Project (SNAP). *Lancet*, 2006, 368, 210-215.
5. Plauche Johnson C., Myers S.M.: Council on Children with Disabilities:Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 2007, 120, 1183-1215.
6. Christian S.L., Brune C.W., Sudi J. et al.: Novel submicroscopic chromosomal abnormalities detected in autism spectrum disorder. *Biology Psychiatry*, 2008, 63, 1111-1117.
7. Weiss L.A., Shen Y., Korn J.M. et al.: Association between microdeletion and microduplication at 16p11.2 and autism. *Neurological English Journal Medicine*, 2008, 358, 667-675.
8. Paya Gonzalez B., Fuentes Menchaca N. et al.: Neurobiology of autism: neuropathology and neuroimaging studies. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35, 271-276.
9. Hardan A.Y., Muddasani S., Vemulapalli M. et al.: An MRI study of increased cortical thickness in autism. *American Journal of Psychiatry*, 2006, 163, 1290-1292.
10. McAlonan G.M., Cheung V., Cheung C. et al.: Mapping the brain in autism. A voxel-based MRI study of volumetric and intercorrelations in autism. *Brain*, 2005, 128, 268-276.

11. Bigler E.D., Tate D.F., Neeley E.S. et al.: Temporal lobe, autism, and macrocephaly. *American Journal Neuroradiology*, 2003, 24, 2066-2076.
12. Palmen S.J., van Engeland H., Hot P.R. et al.: Neuropathological findings in autism. *Brain*, 2004, 127, 2572-2583.
13. Chrościńska-Krawczyk M, Jasiński M.: Autyzm dziecięcy – współczesne spojrzenie. *Neurologia Dziecięca*, 2010, 38, 75-78.
14. Janusonis S.: Origin of the blood hyperserotonemia of autism. *Theory Biology Medicine Model*, 2008, 22, 5-10.
15. Melke J., GoubranBotros H., Chaste P. et al.: Abnormal melatonin synthesis in autism spectrum disorders. *Psychiatry*, 2008, 13, 90-98.
16. Wing L.: The history of ideas on autism. *Autism*, 1997, 1, 12-21.
17. Rutter M.: Aetiology of autism: findings and questions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2005, 49, 231-238.
18. Dover C.J., Le Couteur A.: How to diagnose autism. *Archives of Disease in Childhood*, 2007, 92, 540-545.
19. Sparks B. F., Friedman S. D., Shaw D. W. et al.: Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. *Neurology*, 202, 59, 184–192.
20. Pisula E.: The autistic mind in the light of neuropsychological studies. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 2010, 70, 119-130.
21. Popielarska A.: *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
22. Kurcz I.: *Psychologia języka i komunikacji*. Wyd. Scholar, Warszawa 2005.
23. Grabias S.: *Zaburzenia mowy*. Wyd. UMCS, Lublin 2002.
24. Wolańczyk T.: *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
25. Bryson S.E., Rogers S.J., Fombonne E.: Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education and psychopharmacological management. *Canadian Journal Psychiatry*, 2003, 48, 506-516.

Grodzka Ewelina¹, Tyrakowska – Dadelo Zuzanna Judyta²

1. Studentka Studiów I stopnia kierunku Elektroradiologia,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Studia doktoranckie, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wpływ zespołu Aspergera na jakość życia osób dorosłych z uwzględnieniem roli partnera, rodzica i pracownika

Wprowadzenie

Zespół Aspergera, będący całościowym zaburzeniem rozwojowym ze spektrum autyzmu, jest coraz częściej rozpoznawaną jednostką u dzieci, a także osób dorosłych. Pierwsze informacje o objawach tej patologii możemy znaleźć już w opisach Grunji Jefimowny Suchariewej z 1926r. Jednak większą uwagę zyskała praca pediatry Hansa Aspergera z 1944r., w której lekarz zawarł spostrzeżenia, na temat nietypowych zachowań swoich małych pacjentów. Mimo, że już na początku XX w. zwrócono uwagę na odrębny sposób postępowania i reakcje osób obarczonych tym zaburzeniem, zaczęto się szerzej zajmować tą kwestią dopiero w 1981r. za sprawą Lornie Wing, która jako pierwsza posłużyła się określeniem Zespół Aspergera [1].

Rozwinięcie

Objawy zespołu Aspergera

Objawy zespołu Aspergera są zauważane już we wczesnym dzieciństwie, ale stają się najbardziej widoczne, gdy dziecko idzie do szkoły. Cechami charakteryzującymi to zaburzenie są utrudnienia w komunikacji ze społeczeństwem, posługiwanie się wyuczonym schematem w relacjach, silne skupienie się na wąskich zainteresowaniach, niezgrabność ruchowa, czy niechęć do zmian [2, 3]. Osoby manifestujące cechy tego zespołu nie potrafią spontanicznie reagować na otaczający je świat. Każda nowa sytuacja jest dyskomfortem, sprawia, że Aspi (czyli osoba z zespołem Aspergera) czuje się zagubiony. Takie zdarzenia

powodują wycofywanie się z komunikacji. Osoba z tym zaburzeniem niejako odgrywa różne role.

Jej schematy postępowania biorą się z obserwacji innych, oglądania programów telewizyjnych, przeczytanych książek, czy wcześniejszych doświadczeń. Często sprawia to, że Aspi reaguje nieadekwatnie do sytuacji nie zauważając m.in. zmiany kontekstu. Bywa też, że takie osoby są bierne w relacji, ponieważ boją się, że mogłyby zareagować niestosownie i ktoś miałby im to za złe. Osoby z tym syndromem są też bardzo szczere i uczciwe. Zdarza się, że jest to przyczyną wielu kłopotliwych sytuacji, np. kiedy wygłaszają komentarze dotyczące wad osób w ich otoczeniu uważają, że robią przysługę osobie pouczanej, bo może zmienić swój styl życia, czy wygląd. Nie rozumieją jednak, że taki szczery komentarz może sprawić komuś przykrość [1].

Język, jakim posługują się osoby z tym zespołem, jest bardzo formalny, pozbawiony potocznych wyrażań. Spowodowane jest to, dosłownym odczytywaniem wypowiedzi, czy nieumiejętnością zrozumienia zartobliwości wypowiedzianych przez innych słów. Znane powszechnie powiedzenia, takie jak „*chować głowę w piasek*”, czy „*mieć duszę na ramieniu*” ubogacają język zdrowych osób i poprawia rozumienie opowieści, jednak w osobie z zespołem Aspergera będą budzić jedynie konsternację. Formalność mowy potęguje znaczne ograniczenie gestykulacji, niewielka mimika twarzy, nieumiejętność odpowiedniej modulacji wypowiedzi, czy zachowania rytmu, a także trudność, czy brak potrzeby zachowania kontaktu wzrokowego [1]. Komunikacja jest trudna także z powodu nieumiejętności wyczytania z twarzy rozmówcy jego emocji [1].

Aspi mają wręcz encyklopedyczną wiedzę na temat swoich szczególnych zainteresowań. Stają się ekspertami w danej dziedzinie w bardzo krótkim czasie. Potrafią poświęcać długie godziny na czytanie książek, oglądanie programów edukacyjnych, czy przeglądanie stron w Internecie na temat ich interesujący. Bywa, że dzieci, które wcześniej nie umiały czytać ani pisać, bardzo szybko same opanowują tę umiejętność, ponieważ zauważają, że mają łatwiejszy dostęp do informacji o ich pasji. Osoby te są całkowicie pochłonięte swoimi fascynacjami i zdają się nie dostrzegać sygnałów płynących z otoczenia, czy wynikających z fizjologii. Często zdarza się, że przedmioty z ulubionej kolekcji, czy poszerzanie wiedzy w danej dziedzinie jest istotniejsze od bliskich. Osoby z tym zaburzeniem, mimo, że często są zamknięte w sobie i małomówne, mogą godzinami opowiadać o swoich fascynacjach, nie zauważając braku zaciekawienia otoczenia tym tematem. Niezrozumiały dla nich może być też brak wiedzy innych na temat, z którego są oni

specjalistami. Zainteresowania mogą zmieniać się z czasem, ale sentyment do starych kolekcji pozostanie nadal [4, 5].

Przyczyny zespołu Aspergera

Przyczyny zespołu Aspergera nie zostały dokładnie wyjaśnione. Niegdyś uważano, że jego występowanie jest winą matek, które niedostatecznie okazują miłość dziecku i źle się nim zajmują. Obecnie zakłada się, że jest przekazywany genetycznie oraz ma podłoże neurologiczne. Jako potencjalne czynniki powodujące zespół Aspergera uznaje się translokacje i anomalie chromosomowe na chromosomie siódmym, drugim i piętnastym oraz chromosomie X, poważne infekcje wirusowe podczas ciąży, niedotlenienie okołoporodowe, zatrucie ciążowe jak i uszkodzenie lub nieprawidłowy rozwój układu nerwowego w okresach prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym [1].

Diagnoza zespołu Aspergera

Diagnozę najczęściej stawia się w okresie dzieciństwa, aczkolwiek coraz częściej zdarzają się przypadki stwierdzenia tego zaburzenia u osób dorosłych. Większość pacjentów z zespołem Aspergera to chłopcy i mężczyźni. Potwierdzenie występowania tej jednostki u dziewczynek i dorosłych kobiet jest dużo trudniejsze z powodu ukrywania i kamuflowania przez nie objawów. Wczesne postawienie diagnozy ułatwia skuteczną terapię pacjenta, pozwala na zrozumienie przez otoczenie jego odmienności, a także może pomóc osobie obciążonej tym zespołem zaakceptować siebie. Istnieje też ryzyko, że diagnoza tego zaburzenia może spowodować kolejne drwiny lub też może stanowić problem przy ewentualnym poszukiwaniu pracy. Pomocne w postawieniu diagnozy są rozmowy z pacjentem, jego bliskimi, analiza zachowań od wczesnego dzieciństwa, konsultacje psychologiczne i psychiatryczne, a także wypełnienie odpowiednich kwestionariuszy. Osoba podejrzewająca u siebie zespół Aspergera może odszukać przykładowy test, nawet przez internet, wypełnić go w domu i uzyskać potencjalny wynik. Takie działanie jest tylko wstępem, może dać pogląd na sprawę, nie zastąpi jednak specjalistycznej diagnostyki. Używane w celu diagnozy kwestionariusze i skale diagnostyczne, to m.in. „*Kryteria diagnostyczne według ICD-10, Kryteria diagnostyczne DSM-IV, Australijska skala dla zespołu Aspergera, Skala Gillberga, ASDS, Obraz kliniczny wg L. Wing, CARS, M-CHAT Kwestionariusz Integracji Sensorycznej, Wczesna mowa i językowe etapy rozwoju*” [6]. Do wykrywania zespołu Aspergera używa się często kryteria DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które zawierają:

„A. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych przejawiających się przynajmniej dwoma z następujących:

1. znaczące upośledzenie korzystania z różnorodnych form zachowań niewerbalnych takich jak: spojrzenie oko-w-oko, ekspresja mimiczna, postawa ciała, gesty regulujące interakcje społeczne
2. niezdolność nawiązania odpowiednich do wieku relacji rówieśniczych
3. brak spontanicznego dążenia do dzielenia z innymi radości, zainteresowań lub osiągnięć
4. brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności

B. Ograniczone, powtarzające się lub stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności przejawiające się przynajmniej jedną z:

1. całkowite zaabsorbowanie jednym lub więcej stereotypowych i ograniczonych wzorów zainteresowań, które są anormalne zarówno pod względem intensywności jak i stopnia skupienia
2. wyraźny brak elastyczności w przywiązaniu do specyficznych, niefunkcjonalnych działań rutynowych lub rytuałów
3. stereotypowe i powtarzające się manieryzmy ruchowe
4. trwałe zainteresowanie elementami przedmiotów

C. Zaburzenie powoduje klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania w społecznym, zawodowym lub innym ważnym obszarze życia.

D. Nie występuje klinicznie istotne ogólne opóźnienie w mowie

E. Nie występuje klinicznie istotne opóźnienie w rozwoju poznawczym lub w odpowiednich do wieku umiejętności samoobsługi, zachowaniu adaptacyjnym

F. Nie są spełnione kryteria dla Uogólnionego Zaburzenia Rozwoju lub Schizofrenii” [6].

W diagnostyce osób dorosłych używa się specjalnie opracowanego programu. Adult Asperger Assessment, składa się z kryteriów DSM-IV oraz dziesięciu dodatkowych cech zauważanych u osób dorosłych [4].

Dorosłość z zespołem Aspergera

Rola partnera

Osoby z zespołem Aspergera znacznie częściej zawierają związki niż osoby z autyzmem. Aspi szukają miłości, ponieważ są świadomi, że życie w związku przynosi liczne korzyści. Osoby z tym zaburzeniem mogą zainteresować partnera swoją tajemniczością, wyjątkowymi zdolnościami, czy uczciwością. Mają także mocny system wartości i są wierne wyznawanej ideologii. Uważa się również, że posiadają one symetryczne i bardzo ładne

twarze. Zdrowy małżonek z niską samooceną może się poczuć na początku bardzo dowartościowany, widząc że taka atrakcyjna osoba jest nim zainteresowana. Partnerami osób obciążonych tym zaburzeniem są z reguły osobami o silnym instynkcie macierzyńskim, czy ojcowskim, które lubią opiekować się innymi. Gdy poznają osoby z zespołem Aspergera uważają, że są w pewnym sensie urocze ze względu na nieporadność życiową, czy infantylność. Niebezpieczeństwo pojawia się, gdy kobieta z tym zaburzeniem spotyka mężczyznę, który wykorzystuje jej naiwność i nieumiejętność odczytania złych intencji partnera. Staje się wtedy ofiarą narażoną na wykorzystywanie psychiczne i fizyczne. Kobiety i mężczyźni z tym syndromem z reguły inaczej szukają małżonka. Mężczyzna na ogół stara się związać z partnerką, która będzie dopełniać go, wspomocze w trudach codzienności, a także zajmie się sprawami organizacyjnymi. Kobieta natomiast szuka mężczyzny, który ma podobne cechy do niej, będzie ją rozumiał i nie prowadzi rozrywkowego życia pełnego nowych doświadczeń [4].

Zdrowa osoba może po pewnym czasie związku czuć się nieusatysfakcjonowana. Życie pozbawione zmienności, czy niewielka liczba spotkań towarzyskich sprawia, że partner jest przytłoczony monotonią. Zaczyna zauważać, że nie jest to stan przejściowy. Osoby z zespołem Aspergera nie mają tak dużej potrzeby dzielenia się swoimi przeżyciami i emocjami, a także współuczestnictwa w życiu wybranka. Partner bez zaburzeń czuje się bardzo samotny. Nie może liczyć na słowa otuchy, czy próbę rozwiązania problemu wspólnie. Bywa, że Aspi nie reaguje na problemy, czy nawet tragedie rodzinne. Czasami jest to spowodowane niewiedzą w jaki sposób mógłby pomóc lub strachem przed pogorszeniem sytuacji. Inną przyczyną bywa zainteresowanie samym sobą i swoimi zajęciami. Zdarza się, że Aspi będzie przedkładał swoje pasję nad potrzeby partnera i całej rodziny. Nie poświęca też wystarczająco dużo czasu na rozmowy, czy po prostu przebywanie z małżonkiem. Człowiek obarczony zespołem Aspergera bardzo często wytyka innym ich niedociągnięcia, jednak sam często nie rozumie przyczyny pretensji kierowanych w jego stronę. Kłótnie małżeńskie są bardzo trudne ze względu na wzajemne nieuświadomienie sobie przyczyn zachowań obu stron. Osoby z tym zaburzeniem mają także problem z okazywaniem uczuć i emocji. Nie widzą sensu częstego zapewniania o darzonym uczuciu, mówienia miłych rzeczy, czy spontanicznego dowodu miłości. Mniejsza jest też potrzeba bliskości. Pożycie małżeńskie także może być niesatysfakcjonujące dla partnerów. Aspi może nie czuć potrzeby częstych zbliżeń z partnerem lub nadmiernie ich wymagać, jeśli staną się jednym z wyjątkowych zainteresowań. Osoba bez zaburzeń może czuć się niezaspokojona, niedoceniana. Może to wpłynąć na spadek własnej samooceny i satysfakcji z własnej

seksualności. Małżonek z zespołem Aspergera może nie czuć potrzeby współżycia m.in. po narodzeniu dzieci ze względu na potencjalną bezsensowność aktu seksualnego. Mogą też wystąpić problemy z pobudzeniem seksualnym u partnera z tym syndromem. Stosunek płciowy może okazać się dla niego niekomfortowy i dlatego będzie unikał zbliżeń. Wyjątkowo trudną sytuacją jest sposób, w jaki osoby z zaburzeniem dowiedziały się o związkach, relacjach między małżonkami, czy współżyciu. Odgrywanie poznanych schematów, zaobserwowanych np. w serialach telewizyjnych, książkach, czy filmach pornograficznych, będzie miało zgubny wpływ na relację. Aspi nie rozumie, że relacja przedstawiona w mediach, szybko rozwijająca się, pełna emocji, górnolotnych deklaracji i prowadząca do szybkiego współżycia, może być oddalona od normalnego życia. Szczególnie ważne jest to pośród młodych ludzi wchodzących dopiero w pierwsze związki. Bardzo ważne jest z tego względu przeprowadzanie rozmów z nastolatkami, w czasie których rodzice lub nauczyciele wyjaśnią idee relacji damsko-męskich i ewentualne zagrożenia [4].

Mimo licznych problemów związek z osobą z omawianym zaburzeniem może być satysfakcjonujący dla obu partnerów. Mocno wpływa na to oczywiście stopień radzenia sobie z codziennością. Elementami cementującymi związek mogą być wspólne zainteresowania. Partnerzy o tych samych pasjach będą rozumieć skupienie i poświęcanie czasu na ulubione czynności. Dobrze dobranymi parami mogą być także ludzie lubiący samotność, ceniący własną przestrzeń i nie potrzebujący dużego zainteresowania. Podstawą udanego związku jest jednak przede wszystkim wzajemna akceptacja. Pomocne może być w tym wczesne postawienie diagnozy. Partnerzy wiedzą wtedy nad jakimi kwestiami pracować, mogą rozpocząć właściwą terapię. Ułatwią to materiały edukacyjne, czy wizyty u specjalisty, który pomoże ukazać sposób myślenia obu partnerów. Aspi może nauczyć się częstszego okazywania uczuć, czy konieczności współuczestnictwa w życiu swojego wybranka [4].

Rola rodzica

Rodzice z zespołem Aspergera stoją przed bardzo trudnym zadaniem. Pojawienie się dziecka burzy ich dotychczasowy świat. Zmienia się rozkład dnia, w domu nie jest już tak cicho i spokojnie, dziecko lubi rozrabiać, czy nie rozumie, że niektórych rzeczy nie można dotykać. Uwaga współmałżonka także jest podzielona pomiędzy dziecko a partnera. Rodzic z tym syndromem musi przyzwyczać się do nowej sytuacji. Bywa, że zdrowy partner zostaje sam z obowiązkami dotyczącymi opieki nad dzieckiem. Rodzice z zespołem Aspergera wydają się wycofani i nieczuli w kontaktach z potomstwem. Bardzo łatwo wytykają błędy

co według nich ukaże dziecku jak nie należy postępować i powinno być powodem do wdzięczności. Nie komplementują jednak dziecka, nie skupiają się na sferze emocjonalnej. Liczą się stopnie w szkole, a nie zainteresowania, czy problemy. W rozmowach padają jedynie pobieżne pytania dotyczące dziecka lub rodzic opowiada o sobie. Dziecko czuje się niekochane, ponieważ nie jest przytulane, czy wydaje mu się, że jest zupełnie obcą dla rodzica z tym zaburzeniem. Znacznie wpływa to na samoocenę dziecka. Potomek może chcieć jak najszybciej opuścić dom, ucieka w relacje z rówieśnikami, czy szuka ciepła u drugiego rodzica. Pomocne w zaakceptowaniu przez dziecko rodzica z zespołem Aspergera jest zrozumienie tego zaburzenia i trudności, jakie napotyka matka lub ojciec w relacji z innymi [4, 5].

Bywa, że osoba obarczona tym zespołem jest przykładowym rodzicem dzięki wiedzy czerpanej z książek, filmów edukacyjnych, czy wskazówek małżonka i rodziców. Niejako wyucza się zachowań koniecznych do bycia dobrym opiekunem. Wciela w życie schemat, którego bardzo dokładnie się trzyma, np. codziennie wieczorem czyta dziecku bajkę, idzie na niedzielny spacer, czy przyrządza ulubione danie. Mimo najszczerzych chęci i wysiłku może jednak ranić dziecko ze względu na małą elastyczność zachowań i trudności w okazywaniu uczuć [3, 4].

Zdarza się, że rodzic i dziecko wykazują cechy zespołu Aspergera. Z jednej strony rodzic może zauważyć, że dziecko styka się z takimi samymi problemami jak on sam kiedyś i stać się przewodnikiem. Prowadzone rozmowy, pomoc w rozwijaniu zainteresowań, czy zwykłe wsparcie od rodzica rozumiejącego sposób postrzegania świata mogą stanowić ogromne ułatwienie w poznawaniu świata przez dziecko. Z drugiej strony dwie osoby z tymi samymi problemami mogą nie potrafić przystosować się do siebie nawzajem. Obie mają potrzebę własnej przestrzeni, nie potrafią swobodnie poruszać nie na gruncie relacji międzyludzkich i właśnie to może powodować kłótnie [4, 5].

Rola studenta i pracownika

Dorosłe życie wymaga podejmowanie decyzji dotyczących przyszłości. Wstępem do podjęcia kiedyś pracy zawodowej jest wybranie kierunku studiów. Mimo wyboru interesującego kierunku, student z zespołem Aspergera może nie poradzić sobie z natłokiem obowiązków, zmianą otoczenia i obowiązujących zasad. Przydatne będzie wyznaczenie opiekuna z ramienia uczelni, który będzie wspierał osobę z tym zaburzeniem, a także wytłumaczenie kolegom z roku czym jest zespół Aspergera i z jakimi problemami będą mogli się spotkać podczas wspólnej nauki i wypoczynku. Również poszukiwanie pracy może być

kłopotliwe, jednak warto podjąć ten trud, ponieważ brak pracy skutkuje brakiem celów w życiu, a także może być przyczyną depresji. Spotkania z ekspertami mogą pomóc w poniesieniu wiary we własne możliwości i szanse na rynku pracy. Tworzone są modele wsparcia osób z zespołem Aspergera, dzięki którym osoby dotknięte tym zaburzeniem mogą liczyć na pomoc w rozeznaniu mocnych stron, doradztwo zawodowe i prawne, szkolenia, czy staże, czy pomoc już po podjęciu pracy [7]. Pracodawca może zauważyć w nich cechy dobrych pracowników dzięki dokładności, dużej wiedzy na ulubiony temat, czy sumienności. Takie osoby są ekspertami w swojej dziedzinie, jednak ramy czasowe i różne zadania mogą być dla nich barierą trudną do pokonania. Niektórzy pracodawcy mogą bać się zatrudnić pracownika z tym zespołem, jednak ukrywanie zaburzenia nie pozwoli na ewentualną pomoc pracodawcy i indywidualne podejście. Pracownicy z tym syndromem bardzo dokładnie przestrzegają przepisów w pracy. Może to skutkować doniesieniem do pracodawcy, na współpracownika, który nie przestrzega tak dokładnie statutu. Oczywiście spowoduje to odsunięcie się od Aspi, czy zdenerwowanie reszty kolegów z pracy. Ważne jest wytłumaczenie współpracownikom swojego problemu w celu uniknięcia nieprzyjemnych sytuacji, a także lepszego funkcjonowania w firmie [4].

O ile osoby z zespołem Aspergera mogą dobrze poradzić sobie z zadaniami jako zwykły pracownik, zajmujący się ulubioną dziedziną np. elektroniką, o tyle problem stanowi potencjalny awans. Mimo, że są oni świetnymi fachowcami potrafiącymi w mgnieniu oka zdiagnozować problem na ich stanowisku pracy, to zarządzanie innymi może przysporzyć im dużo kłopotu. Trudność w relacjach ze społeczeństwem jest barierą, której Aspi na stanowisku kierowniczym może nie pokonać. Zarządzanie ludźmi, czy organizacja ich czasu pracy i podziału zadań także jest dużym wyzwaniem. Niektórzy radzą sobie z tym bardzo dobrze, jednak nie jest to typowe stanowisko pracy do tych osób. Warto więc, aby osoba z zespołem Aspergera przeanalizowała, czy na pewno jest zainteresowana awansem i w razie trudności mogła powrócić do wcześniejszego stanowiska [4].

Podsumowanie

Codziennosc z zespołem Aspergera bywa trudna, jednak wiele osób radzi sobie w dorosłym życiu znacznie lepiej niż w okresie dzieciństwa. Dorośli nie tylko zaczynają rozumieć swoją odmiennosc, ale staraja się także dopasowac do otaczajacej ich rzeczywistosci. Prowadzenie normalnego zycia jest bardzo mozliwe do tego stopnia, ze inni nie beda zauwazac posiadania takiego zaburzenia. Dotknieci tym zespołem wieda spokojne

życie rodzinne, znajdują pracę, w której mogą wykorzystywać swoje wyjątkowe umiejętności i znajdują środowisko, czy grupy wsparcia, w których czują się dobrze i mogą liczyć na zrozumienie. Problemem z możliwością takich działań może być brak postawionej diagnozy, który może wynikać z niewielkiej wiedzy lekarzy na temat tej patologii. Trudność dotyczy szczególnie małych ośrodków, gdzie pacjent bywa leczony latami na inne zaburzenia lub jest odsyłany od specjalisty do specjalisty. Pacjenci mogą odczuwać złość w wyniku trudności z odnalezieniem informacji na temat zaburzenia, a w szczególności prognoz na dorosłe życie. Konieczna jest więc edukacja personelu medycznego, a także całej populacji nie tylko na temat zespołu Aspergera, ale także innych zaburzeń ze spektrum autyzmu. Zapewne ułatwi to życie osobom chorym, jak i osobom w ich otoczeniu. Pomocne będzie też tworzenie odpowiednich programów ułatwiających funkcjonowanie w szkole, na uczelni, czy miejscu pracy. Komfort psychiczny zapewni także zaakceptowanie zaburzenia przez pacjenta, jego bliskich oraz przełożonych. Umożliwi to zrozumienie, że problemy z codziennym życiem nie wynikają z ułomności, a z zespołu Aspergera. Ważne jest, aby Aspi był dumny z posiadanych umiejętności, znał swoje mocne strony i wiedział, że jest tak samo wartościową osobą jak inni. Ułatwi to wsparcie rodziny i dbanie o to, żeby pacjent nie czuł się samotny, odrzucony i nielubiany.

Piśmiennictwo

1. Bryńska A.: Badanie funkcji semantycznych u osób z zespołem Aspergera, Rozprawa habilitacyjna Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, Warszawa 2000.
2. Frith U.: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005, 17-18.
3. Mazur A., Chojnowska-Ćwiąkała I.: Zespół Aspergera u 19-letniej kobiety ze szczególnym uwzględnieniem okresu adolescencji – opis przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2016, 16 (1), 38-40.
4. Attwood T.: Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
5. Kozdroń A.: Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc. Engram, Warszawa 2015.
6. <http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/diagnoza/skale-diagnostyczne/> (data pobrania 18.07.2017).
7. Borys-Kierszniewska W., Dorociak H., Dyrda K. i wsp.: Model programu aktywizacji społecznej i zawodowej osób z zespołem Aspergera i wysokofunkcjonujących osób z autyzmem. Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 2012, 13.

Chimkowska Dominika, Futyma Klaudia, Bielecka Joanna

Absolwentki Studiów I stopnia kierunku Dietetyka,

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ regularnego wysiłku fizycznego na jakość życia człowieka

Wprowadzenie

Wysiłek fizyczny to ruch ciała bądź skurcz mięśni szkieletowych prowadzący do wzrostu wydatków energetycznych organizmu [1]. Ludzkie ciało zostało stworzone do ruchu, dlatego potrzebuje regularnego wysiłku fizycznego do prawidłowego funkcjonowania oraz unikania chorób [2]. Zdrowie jest fundamentalną wartością i każdy człowiek powinien o nie dbać. Jego stan determinuje jakość życia zarówno w ujęciu medycznym jak i społecznym. Dotyczy sfer życia takich jak: stan fizyczny oraz sprawność ruchowa, kondycja psychiczna, sytuacja społeczna [3]. Aktualnie istnieje szereg dowodów ukazujący, że osoby prowadzące fizycznie aktywny tryb życia osiągają korzyści zdrowotne [2]. Wysiłek fizyczny ma wpływ na wiele układów organizmu człowieka (krwionośny, mięśniowy, oddechowy oraz kostno-stawowy) oraz na stan psychiczny [4]. Społeczeństwo polskie jest mało aktywne fizycznie, a zwiększanie zjawiska bierności spostrzegane jest już u dzieci i młodzieży [5]. Polacy ćwiczący regularnie w 2012 roku stanowili jedynie 20,3%, natomiast sporadycznie 25,6% populacji (dane według Głównego Urzędu Statystycznego) [6]. Osoby, które prowadzą siedzący tryb życia i podejmą aktywność fizyczną odnotowują poprawę samopoczucia psychicznego i fizycznego oraz zgłaszają lepszą jakość życia [2].

Rozwinięcie

Wysiłek fizyczny a układ krążenia

Wysiłek fizyczny pozytywnie wpływa na układ sercowo-naczyniowy. Systematyczna aktywność, szczególnie przy racjonalnym treningu fizycznym, powoduje modyfikację wielu mechanizmów adaptacyjnych. Niejednokrotnie udowodniono, że wzmożony wysiłek ruchowy powoduje zmiany biochemiczne, morfologiczne i fizjologiczne mające wpływ na stan zdrowia [7]. Podczas wysiłku wzrasta częstość skurczów serca (aby zaspokoić zwiększone

zapotrzebowania na tlen), wzrasta objętość minutowa serca (wynik przyspieszenia czynności bądź zwiększenia objętości wyrzutowej), wzrasta przepływ krwi przez mięśnie szkieletowe, serce oraz skórę a spada przepływ przez wątrobę, nerki i narządy trzewne oraz zmienia się wartość ciśnienia [4]. Natomiast przy systematycznym wysiłku fizycznym dochodzi do zmian w regulacji czynnościowej układu krążenia, przekształceń właściwości i metabolizmu mięśnia sercowego, do modyfikujących hemodynamikę przemian morfologicznych w sercu i naczyniach krwionośnych [7]. Regularna aktywność fizyczna człowieka zwiększa liczbę erytrocytów, hemoglobiny, leukocytów i zwiększa pojemność tlenową krwi. Kształtuje również ekonomiczniejszą pracę serca, zwalnia spoczynkową częstość jego skurczów i zwiększa spoczynkową objętość wyrzutową. Osoby wytrenowane mają niższe wartości ciśnienia podczas wysiłku fizycznego co świadczy o pozytywnym wpływie aktywności ruchowej [8,9]. Wiele dowodów wskazuje, że aktywność fizyczna ma korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy. Oddziałuje ona na poziom klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia: polepsza profil lipidowy, poprawia tolerancję glukozy, obniża ciśnienie tętnicze, redukuje masę ciała, poprawia tolerancję glukozy. Ponadto pozytywnie wpływa na funkcję śródbłonna, układ krzepnięcia, redukuje procesy zapalne oraz reguluje stężenie hormonów płciowych. Można stwierdzić, iż jedną z głównych korzyści, którą przynosi regularny wysiłek fizyczny to minimalizacja ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego takich jak nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia oraz miażdżyca [9, 10].

Wysiłek fizyczny a układ ruchu (kostno-stawowy i mięśniowy)

Układ ruchu człowieka składa się z części kostno-stawowej oraz mięśniowej. Zadaniem pierwszego układu jest funkcja podporowa, zaś mięśnie szkieletowe dzięki swoim skurczom nadają ruch stawom. Wysiłek fizyczny przyspiesza przekształcanie tkanki chrzęstnej w kostną, a ta staje się bardziej stabilna i odporna na urazy [4]. Następną korzyścią jest wpływ na stopień mineralizacji kości [9]. Regularny wysiłek oraz dieta zawierająca odpowiednią ilość wapnia i witaminy D powoduje prawidłowe uwapnienie kości oraz ich hipertrofię, czyli zmianę kształtu, długości i szerokości. Przekształceniom ulegają również stawy, a w miarę postępów treningu wzmacnia się ich budowa i zwiększa się ich zakres ruchu. Systematyczny wysiłek ulepsza parametry biomechaniczne kości, poprzez wzrost zagęszczenia beleczek kostnych [11]. Dobry współczynnik gęstości kości poprawia ich wytrzymałość [4]. Walorem prawidłowej mineralizacji kości u człowieka jest ochrona przed złamaniami oraz przeciwdziałanie wystąpieniu osteoporozy [11]. Powtarzany przez całe życie

wysiłek fizyczny zapobiega nieprawidłowym odnowom struktur stawowych, zwiększa odżywienie i ukrwienie stawów, pobudza kaletki maziowe [8]. Dodatkowo pozytywny wpływ wywierany jest na elementy budujące stawy. Następuje wzrost elastyczności i sprężystości więzadeł i torebek stawowych [4]. Kolejnym pozytywnym aspektem aktywności jest zapobieganie i korygowanie wad postawy oraz wzmocnienie przyczepów, ścięgien i więzadeł [9]. W układzie mięśniowym wysiłek fizyczny oddziałuje na mięśnie przez wzrost ich masy i siły. Ćwiczenia zapewniają właściwą długotrwałą sprężystość mięśni i sprawiają, że spadek masy mięśniowej w ciągu życia jest mniejszy niż u osób niećwiczących [4]. Lepsze umięśnienie odgrywa istotną rolę przy stabilizacji układu kostnego. Regularność w wykonywaniu ćwiczeń mięśni grzbietu i brzucha powoduje wzmocnienie tak zwanego gorsetu mięśniowego, a to znosi bądź uśmierza dolegliwości bólowe kręgosłupa [9]. Aktywność ruchowa ma znaczenie w prewencji zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa [8]. Istnieją formy ochronne układu ruchu przed ich uszkodzeniem. Jedną z nich jest pojawienie się zmęczenia oraz bólu. W tej sytuacji mięśnie są niezdolne do wytwarzania siły. Gdyby zmęczenie nie występowało w prosty sposób można by było doprowadzić do ciężkiego uszkodzenia mięśnia i zakłócenia jego homeostazy [4].

Wysiłek fizyczny a układ oddechowy

Mimo, iż regularny wysiłek nie ma aż takiego wpływu na układ oddechowy, jak na układ krążenia oraz układ ruchu to i tak można zauważyć korzystne zmiany w jego funkcjonowaniu [8]. Podczas aktywności wzrasta w organizmie zapotrzebowanie na tlen, co wzmacnia proces wentylacji płuc [4]. Po upływie kilku minut następuje stabilizacja na poziomie odpowiadającym intensywności wysiłku. Wprost proporcjonalna zależność wentylacji płuc od intensywności wysiłku zachowuje się do poziomu obciążeń rzędu 70% maksymalnego minutowego poboru tlenu. Kiedy zostanie przekroczona ta granica, istnieje ryzyko wystąpienia hiperwentylacji [12]. Jeśli w trakcie wysiłku organizm zużyje rezerwę tlenową w płucach a głębsze oddechy nie wystarczają, zostaje zwiększona ich częstotliwość. Oddziałuje to na znaczny wzrost zużycia energii oraz zwiększenie zmęczenia [4]. U osób trenujących korzystną zmianą jest wzrost pojemności życiowej płuc. Wiąże się to z większą siłą mięśni oddechowych oraz większą ruchomością klatki piersiowej. U tych osób zmniejsza się również czynnościowa przestrzeń martwa, natomiast ogólna pojemność wentylacji płuc nie zmienia się [8]. Pozytywnym przemianom u wytrenowanych ludzi ulegają wskaźniki dynamiczne, które oceniają rezerwy wentylacyjne płuc. W trakcie intensywnego wysiłku wzrasta maksymalna wentylacja płuc, natomiast w czasie spoczynku u osób aktywnych, jak

i nieaktywnych fizycznie utrzymuje się na podobnym poziomie. Systematyczny wysiłek powoduje wzrost głębokości oddechu i spadek liczby oddechów na minutę, dzięki czemu mięśnie oddechowe pracują ekonomiczniej. Dodatkowo regularność sprawia, że pułap tlenowy zwiększa się o 25%, natomiast dług tlenowy zmniejsza się [9]. Wytrenowane osoby mają zwiększony przepływ krwi przez szczytowe fragmenty płuc. Usprawnia to wymianę gazową w płucach, korzystnie prowadząc do wzrostu stosunku wentylacji pęcherzykowej do włósczkowego przepływu krwi przez płuca. Hiperwentylacja u wytrenowanych osób zachodzi przy pokonywaniu większych obciążeń w porównaniu do osób, które prowadzą siedzący tryb życia. Wpływa to na zminimalizowanie odczucia duszności przy znacznych obciążeniach [13]. Wynika stąd, że korzystnymi zmianami zachodzącymi w układzie oddechowym podczas regularnej aktywności fizycznej dla jakości życia są poprawa wydolności oraz brak objawów zmęczenia przy pracy fizycznej [9].

Wysiłek fizyczny a układ immunologiczny

Oprócz powyższych oddziaływań na wybrane układy, wysiłek fizyczny wpływa również na system odpornościowy. Występuje zależność pomiędzy objętością i intensywnością treningu, a poziomem odporności jaką posiadają trenujące osoby [8]. Bardzo intensywny wysiłek prowadzący do przeciążenia organizmu obniża jego odporność, z kolei regularny i umiarkowany poprawia [14]. Patrząc na ryzyko zachorowania na infekcje górnych dróg oddechowych największe posiadają osoby przeciążone treningiem fizycznym, średnie osoby nietrenujące, a najmniejsze osoby prowadzący trening zdrowotny [15]. Systematyczny wysiłek poprawia system obronny oraz zmniejsza podatność na zachorowania. Wykazano, że dzieci uprawiające sport są bardziej odporne na infekcje [9].

Wysiłek fizyczny a układ nerwowy

Po rozpoczęciu wysiłku fizycznego ośrodkowy układ nerwowy indukuje wzrost siły skurczu mięśni (dzięki pobudzeniu uczestnictwa jednostek motorycznych w chwili wykonywanej aktywności oraz wytwarzaniu przez nią większej liczby potencjałów). Poziom wytrenowania rzutuje na siłę skurczu mięśnia i liczbę jednostek motorycznych biorących w nim udział. Osoby, które sporadycznie wykonują ćwiczenia fizyczne nie potrafią zaangażować tak wielu jednostek ruchowych i wygenerować takiej siły, jak osoby ćwiczące regularnie. Centralny układ nerwowy przez odpowiednie mechanizmy opóźnia wystąpienie zmęczenia ośrodkowego. Proces ten polega na naprzemiennej stymulacji różnych mięśni do wykonania pracy oraz różnych jednostek w pojedynczym mięśniu [4]. Regularny ruch

pobudza rozwój ośrodków ruchowych w mózgu, co powoduje przyspieszenie adaptacji motoryczności. Także przewodzenie bodźców w układzie nerwowym staje się szybsze [9]. Umiarkowana aktywność fizyczna ma działanie ochronne na obwodowy układ nerwowy. Zasadniczym czynnikiem, który to powoduje jest insulinopodobny współczynnik wzrostu ze względu na liczne występowanie jego receptorów w centralnym układzie nerwowym. Współczynnik ten hamuje apoptozę komórki nerwowej i wzmacnia syntezę białek, które biorą udział w neurogenezie. Systematyczne ćwiczenia wybranego ruchu polepszają koordynację nerwowomięśniową, a to z kolei powoduje, że zaangażowane są jedynie mięśnie bezpośrednio do tego wyznaczone. Prowadzi to do zwinnego wykonania ruchu, przy niższym wydatku energetycznym. Wytrenowane osoby wykonują precyzyjnie oraz harmonijnie dane ruchy [4].

Wysiłek fizyczny a sfera psychiczna

Liczne badania potwierdzają fakt, że wysiłek fizyczny oddziałuje na lepsze samopoczucie [16]. W czasie jego trwania łagodzone są nadmierne obciążenia psychoemocjonalne trenującej osoby [8]. Ćwiczenia korzystnie wpływają na sferę psychiczną. Podnoszą one poziom hormonu szczęścia (endorfiny) we krwi, co skutkuje dobrym samopoczuciem [17]. Osoby aktywne fizycznie częściej są optymistami i wykazują większy entuzjizm w życiu codziennym [2]. Systematyczna aktywność zmniejsza napięcia nerwowe i poziom lęku [18]. Stanowi również przeciwwagę przy obciążeniu pracą umysłową organizmu, podwyższa odporność na stres oraz zmęczenie [19]. Aktywny styl życia poprzez zmniejszenie i rozładowanie napięcia emocjonalnego jest skutecznym środkiem na radzenie sobie ze stresem. Młodzież uprawiająca sport wykazuje większe opanowanie oraz syntonie psychiczną. Regularny wysiłek poprawia również jakość snu i ułatwia zasypianie [9]. Wykazano, że duża aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na prawidłowe działanie umysłu (planowanie, podejmowanie decyzji, pamięć krótkotrwałą), wspomaga sprawność intelektualną oraz poprawia koncentrację [9,20]. Kolejną zaletą jest zmniejszenie skłonności do depresji i nerwic oraz zmniejszenie już zaistniałych stanów depresyjnych [21]. Styl życia, na który składa się regularna aktywność fizyczna, może warunkować wysokie zadowolenie z siebie i swojego życia [22]. Osoby ćwiczące regularnie deklarują wyższą subiektywną ocenę kondycji zdrowotnej, lepsze samopoczucie z punktu widzenia fizycznego, jak i psychicznego, a także stwierdzają lepszą jakość życia [23].

Wysiłek fizyczny a nowotwory

Wysiłek fizyczny cały czas jest niedocenianą formą wtórnej i pierwotnej profilaktyki chorób nowotworowych. Dane epidemiologiczne wyraźnie wskazują, że zmniejsza on ryzyko wystąpienia niektórych z nich. Aktywność fizyczna obniża zagrożenie wystąpienia raka układu pokarmowego w tym jelita grubego o 40-50% [24, 25]. Udowodniono, że systematyczny wysiłek zmniejsza zagrożenie zachorowania na raka piersi o 25-30% u kobiet w wieku przedmenopauzalnym i pomenopauzalnym [26]. W kwestii raka endometrium u kobiet aktywnych fizycznie ryzyko zachorowania malało o 20-30% [27]. Istnieją również dowody, iż prawidłowo dobrany wysiłek fizyczny może zapobiegać pojawieniu się raka krtani i chłoniaka [28,29]. Zauważono powiązanie aktywności rekreacyjnej z rakiem płuc, gdyż stwierdzono zmniejszenie zapadalności o 20-30 % u kobiet i o 20-50 % u mężczyzn [30]. Najprawdopodobniej aktywny styl życia obniża ryzyko wystąpienia raka gruczołu krokowego [25,27]. Mniej klarowna jest zależność uprawiania regularnego wysiłku fizycznego, a ochroną przed pojawieniem się innych nowotworów [30].

Zalecenia ilości wysiłku fizycznego

Zalecana przez Światową Organizację Zdrowia minimalna dawka wysiłku fizycznego dla dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 17 lat to 60 minut dziennie umiarkowanej lub intensywnej aktywności. Osobom dorosłym w wieku od 18 do 64 lat minimalna dawka wysiłku powinna stanowić co najmniej 150 minut o umiarkowanej intensywności lub co najmniej 75 minut o dużej intensywności w ciągu tygodnia bądź ich równoważnej kombinacji. Ostatnią grupą wiekową, do której skierowane są zalecenia są dorośli w wieku 65 lat i starsi. Rekomendowany u nich czas trwania wysiłku wynosi tyle samo co u osób dorosłych, jednak należy zadbać o trening siłowy i aktywność poprawiającą koordynację ruchową. Każdy człowiek wykonuje ćwiczenia o innej intensywności. Czas trwania pojedynczej sesji powinien trwać u każdego co najmniej 10 minut, aby uzyskać korzystny wpływ na zdrowie układu sercowo-oddechowego [31].

Podsumowanie

Wysiłek fizyczny stanowi nieodłączny element zdrowego stylu życia oraz determinuje sprawność fizyczną. Fakt ten potwierdza decydujący jego wpływ na jakość życia człowieka. Z kwestii medycznej aktywność fizyczna spostrzegana jest za najbardziej odpowiednią formę spędzania czasu wolnego, gdyż posiada zasadnicze znaczenie dla zdrowia oraz profilaktyki

chorób cywilizacyjnych. Świadczy to o mocnym powiązaniu wysiłku fizycznego, zdrowia i jakości życia. Systematyczna aktywność fizyczna prowadzi do zmian morfologicznych i funkcjonalnych w organizmie, które mogą chronić bądź opóźniać pojawianie się pewnych schorzeń oraz daje szereg korzyści zdrowotnych. Regularny wysiłek fizyczny wywiera pozytywny wpływ na układ sercowo-naczyniowy przez co zmniejsza ryzyko chorób z nim związanych, np. choroby niedokrwiennej serca. Kolejną korzyścią jest poprawa mineralizacji kośćca, wzmocnienie stawów i zwiększenie zakresu ich ruchu oraz ochrona przed osteoporozą. Zachowanie i poprawa siły oraz wytrzymałości mięśni to pozytywny efekt wysiłku fizycznego na układ mięśniowy. Natomiast w układzie oddechowym przy większej aktywności zwiększa się wydolność i wzrastają możliwości organizmu. Systematyczny wysiłek poprawia odporność organizmu, zachowuje jego funkcje motoryczne oraz zwiększa tolerancję wysiłku fizycznego. Poza tym wysiłek fizyczny wpływa również na psychikę człowieka. Zmniejsza on poziom stresu, poprawia jakość snu, polepsza koncentrację i ogólne samopoczucie. Badania naukowe potwierdzają, iż aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia nowotworu jelita grubego, piersi, endometrium, krtani, chłoniaka. Jest również duże prawdopodobieństwo, że przyczynia się też do zmniejszenia zagrożenia zachorowania na nowotwór płuc i prostaty.

Piśmiennictwo

1. Birch K., MacLaren D., George K.: Krótkie wykłady. Fizjologia sportu. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2012.
2. Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Bruksela 2008.
3. Idzik A., Idzik M., Majewski J.: Zdrowie i jakość życia mieszkańców Polski w ujęciu regionalnym. Sport i rekreacja a wyzwania współczesnej cywilizacji, 2011, 37 (1), 497-509.
4. Wojtasik W., Szulc A., Kołodziejczyk M., Szulc A.: Selected issues concerning the impact of physical exercise on the human organism. Journal of Education, Health and Sport, 2015, 5 (10), 350-372.
5. Chabros E. i wsp.: Low physical activity of adolescents promotes development of obesity. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89 (1), 58-61.
6. Główny Urząd Statystyczny. Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012r., Warszawa 2013.

7. Makowiec-Dąbrowska T., Bortkiewicz A., Gadzicka E.: Wysiłek fizyczny w pracy zawodowej – czynnik ryzyka czy ochrona przed chorobami układu krążenia. *Medycyna Pracy*, 2007, 58 (5), 423–432.
8. Pawlikowski A.: Pozytywny wpływ aktywności fizycznej na organizm człowieka, http://www.sosw.torun.pl/start_pliki/publikacje_pliki/Pozytywny%20wpływ%20aktywnosci%20fizycznej.pdf, (data pobrania 23.07.2017).
9. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła K.: Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92 (2), 335-342.
10. Makowiec-Dąbrowska T.: Wpływ aktywności fizycznej w pracy i życiu codziennym na układ krążenia. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2012, 6 (3), 130–138.
11. Tkaczuk-Włach J., Sobstyl M., Jakiel G.: Osteoporoza-obraz kliniczny, czynniki ryzyka i diagnostyka. *Przegląd Menopauzalny*, 2010, 2, 112-117.
12. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z. et al.: Health as a resultant of various factors. *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, 4, 15-20.
13. Szmit S., Balsam P., Opolski G.: Wzór wentylacji wysiłkowej u chorych z przewlekłą niewydolnością serca. *Kardiologia po Dyplomie*, 2009, 8 (2), 76-82.
14. Pedersen B. J., Toft A. D.: Effects of exercise on lymphocytes and cytokines. *British Journal of Sports Medicine*, 2000, 34, 246-251.
15. Matthews C.E., Ockene I.S., Freedson P.S. et al.: Moderate to vigorous physical activity and risk of upper-respiratory tract infection. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2002, 34 (8), 1242-1248.
16. Abu-Omar K., Rütten A., Robine J.M.: Self-related health and physical activity in the European Union. *Sozial und Präventivmedizin*, 2004, 49 (4), 235-242.
17. Bodys-Cupak I., Grochowska A., Prochowska M.: Physical activity of junior high school students vs. selected indicators of their medical conditio. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012, 93 (4), 752-758.
18. Haris A.H., Cronkite R., Moos R.: Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 2006, 93, 79-85.
19. Ritvanen T., Louhevaara V., Helin P. et al: Effect of aerobic fitness on the physiological stress responses at work. *International Journal of Occupational Medicine end Environmental Health*, 2007, 20 (1), 1-8.
20. Abu-Omar K., Rütten A., Lehtinen V.: Mental health and physical activity in the European Union. *Sozial und Präventivmedizin*, 2004, 49 (4), 301-309.

21. Motl R.W., Birnbaum A.S., Kubik M.Y., Dishman R.K.: Naturally Occuring Changes In Physical Activity are inversely related to depressive symptoms during early adolescence. *Psychosomatic Medicine*, 2004, 66, 336-342.
22. Blomstrand A, Björkelund C, Ariai N, Lissner L, Bengtsson C.: Effects of leisure-time physical activity on well-being among women: a 32-year perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2009, 37 (7), 706-712.
23. Nowak M.: Factors determining physical fitness and health in physically active and passive women. *New Medicine*, 2006, 9 (1), 19-25.
24. Friedenreich C.M., Orenstein M.R.: Physical activity and cancer prevention: Etiologic evidence and biological mechanisms. *Journal of Nutrition*, 2002, 132 (11), 3456-3464.
25. Hayes S.C., Spence R.R., Galvao D.A. et al.: Australian Association for Exercise and Sport Science position stand: Optimising cancer outcomes through exercise. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2009, 12, 428-434.
26. Friedenreich C.M., Cust A.E.: Physical activity and breast cancer risk: impact of timing, type and dose of activity and population sub-group effects. *British Journal of Sports Medicine*, 2008, 42, 636-647.
27. Litwiniuk M., Kara I.: Aktywność fizyczna a nowotwory. *Oncology Reviews*, 2012, 2 (4), 228-233.
28. Kaźmierczak U., Bułatowicz I., Betlejweski S. i wsp.: Rola kinezyterapii w kompleksowej rehabilitacji pacjentów po laryngektomii całkowitej. *Balneol*, 2008, 50 (4), 301-306.
29. Liu R.D.K.S., Chinapaw M.J.M., Huijgens P.C. et al.: Physical exercise interventions in haematological cancer patients, feasible to conduct but effectiveness to be established: A systematic literature review. *Cancer Treatment Reviews*, 2009, 35, 185-192.
30. Emaus A., Thune I.: Physical activity and lung cancer prevention. *Recent Results in Cancer Research*, 2011, 186, 101-133.
31. World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*, 2010.

Matysiak Magdalena¹, Matysiak Marta²

1. Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Fizjoterapia
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Studentka Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku
Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Sposoby na poprawę jakości życia u pacjentów dotkniętych spektrum autyzmu

Wprowadzenie

Spektrum autyzmu (ASD, *autism spectrum disorders*) to zbiór zaburzeń charakteryzujących się nieprawidłowościami w rozwoju komunikacji, relacji społecznych, funkcji poznawczych oraz zachowania. Dzieci z ASD można spotkać na całym świecie, niezależnie od szerokości geograficznej, grupy etnicznej, rasy czy uwarunkowań ekonomicznych [1].

Po raz pierwszy autyzm został opisany już w 1943 roku, ale przez wiele lat pozostawał na marginesie psychiatrii. Jako choroba tajemnicza i trudna w diagnozowaniu stanowiła istną zagadkę dla ówczesnych lekarzy. Objawy wiodące stanowią bowiem zaburzenia poznania i komunikacji, a to właśnie te elementy odróżniają ludzi od innych ssaków [2].

Dokładna przyczyna nieprawidłowości w rozwoju mózgu u dzieci z ASD nie została do końca wyjaśniona. Jako czynniki ryzyka podaje się wcześniactwo, zamartwicę czy epizody drgawkowe w okresie noworodkowym [3].

Przyjmuje się, że ASD należy do zaburzeń neurologicznych o podłożu genetycznym, gdzie istotną rolę odgrywają uszkodzenia i nieprawidłowości w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego w okresie prenatalnym perinatalnym i postnatalnym [1].

Obecnie badania koncentrują się na podłożu genetycznym spektrum autyzmu i o ile już w latach 80 badania bliźniąt wykazały wysoką dziedziczność tego schorzenia, a u rodzin dotkniętych ASD wykazano podwyższone ryzyko pojawienia się zaburzeń u rodzeństwa, to poznanie i opisanie podłoża genetycznego autyzmu nadal pozostaje dużym wyzwaniem dla naukowców [2].

Statystyki prowadzone w Stanach Zjednoczonych mówią o dość częstym występowaniu ASD w społeczeństwie bo aż 1 na 110 dzieci ma postawioną diagnozę [4].

Warto zwrócić uwagę na fakt znacznej przewagi w ilości chłopców u których zdiagnozowano ASD, w porównaniu do dziewczynek. W piśmiennictwie rzadko pojawiają się publikacje obejmujące płęć żeńską . Nawet testy diagnostyczne układane są na fenotypie charakterystycznym dla chłopców. Podejrzewa się, że nie tyle częstość występowania spektrum autyzmu u dziewczynek jest minimalna, ale sam proces diagnozy na tyle niedoskonały, że słabo wykrywa chorobę u płci żeńskiej [5].

Rozwinięcie

Porównanie zespołu Aspergera i autyzmu

Zespół Aspergera i autyzm charakteryzują się podobną etiologią. Wielu badaczy twierdzi, że objawy obydwu chorób są bardzo podobne, ale ujawniają się ze zróżnicowaną siłą. Jeśli chodzi o koordynację ruchową, jej zaburzenia są wyraźniej widoczne u osób z Zespołem Aspergera, przy czym komunikacja werbalna jest na niższym poziomie rozwoju u osób cierpiących na autyzm. Twierdzi się także, że choroby te są diagnozowane na różnym etapie rozwoju [6].

Zespół Aspergera diagnozowany jest około 7 roku życia, a autyzm w 4-5 roku życia [7].

Według Winga, najbardziej charakterystycznymi objawami towarzyszącymi Zespołowi Aspergera jest brak współczucia, upośledzona interakcja, powtarzalna mowa, ograniczona mimika i gestykulacja, charakterystyczna postura [8].

Diagnostyka

ASD rozpoznaje się podczas rozmowy z pacjentem i obserwacji jego zachowań w zainicjowanych sytuacjach. Jednym ze sposobów wykrywania tej choroby jest badanie kliniczne, podczas którego diagnoza stawiana jest na podstawie obserwacji i oceny funkcji poznawczych oraz zachowania pacjenta [4].

Wszystkie niepokojące sygnały, zauważone podczas badania lub zgłoszone wcześniej przez rodziców wymagają dalszej obserwacji. Na konieczność dalszych badań wśród niemowląt wskazują:

- do 12 miesiąca - brak umiejętności wskazywania obiektów, brak gaworzenia
- do 18 miesiąca - brak umiejętności artykulacji jednowyrazowej
- do 24 miesiąca - brak umiejętności artykulacji dwuwyrzowej frazy [7].

Najczęściej używanymi narzędziami w Stanach Zjednoczonych, Australii i Europie Zachodniej są kwestionariusze ADI. Wywiad ADI powstał na potrzebę badań naukowych i jako wystandaryzowany i kompleksowy pozwala na diagnozę opierając się o rozmowę z rodzicami lub opiekunami dziecka z ASD. Obecnie w Polsce wywiad ADI stosowany jest tylko do badań naukowych.

Badanie prowadzi przeszkolona osoba, która przeprowadza wywiad składający się z 93 pozycji podzielonych na grupy tematyczne.

- Pytania wstępne
- Wczesny rozwój dziecka
- Umiejętności nabyte oraz utracone
- Komunikacja
- Zachowania społeczne i zabawa
- Zainteresowania
- Zachowania ogólne
- Pytania końcowe.

Pytania są zadawane podczas około 2 godzinnej sesji. Arkusze są specjalnie przygotowane tak, aby sprawdzać zachowania występujące w określonych grupach wiekowych, gdyż największe nieprawidłowości odczytuje się między 4 a 5 rokiem życia. Każde pytanie ocenia się w skali od 0 do 9. Diagnoza zostaje postawiona, gdy wyniki przekraczają normy w 4 kategoriach:

- Komunikacji.
- Interakcji społecznych.
- Zachowań i zainteresowań.
- Objawów pojawiających się przed 36 miesiącem życia.

Po wykonaniu badania dziecko, u którego zdiagnozowano spektrum autyzmu jest przydzielane do jednej z konkretnych jednostek:

- Autyzm dziecięcy.
- Autyzm atypowy.
- Inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne.
- Zespół Aspergera.
- Całościowe zaburzenia rozwojowe, nieokreślone.

Bardzo ważne jest, jak najwcześniejsze postawienie diagnozy, gdyż wraz z wiekiem poziom plastyczności mózgu spada i terapia staje się trudniejsza. Wczesna terapia skutkuje lepszymi wynikami oraz wyższą jakością życia pacjentów w przyszłości [4].

Obecnie w Polsce bardzo wiele publicznych i prywatnych placówek proponuje w swojej ofercie diagnostykę oraz terapię dzieci z podejrzeniem autyzmu. Zwykle taka diagnoza składa się z konsultacji psychologicznej podczas której omawiane są trudności wychowawcze oraz rozwojowe. Dziecko jest również poddane obserwacji. Kolejnym etapem jest diagnoza poziomu rozwoju dziecka która ma na celu wykrycie wczesnych zaburzeń i opóźnień w rozwoju. Następnie odbywa się diagnoza funkcjonalna dziecka, diagnoza trudności emocjonalnych i szkolnych, natomiast na końcu dziecko obserwowane jest w sytuacji szkolnej lub przedszkolnej. Na podstawie analizy zebranych danych stawia się diagnozę i proponuje dalszą terapię dziecka [9].

Objawy

Dzieci z autyzmem często mylnie, przez nie do końca świadome tej choroby społeczeństwo, są traktowane jako dzieci niegrzeczne, źle wychowane lub niesforne. Według badań przeprowadzonych przez CBOS nr 47/2015 niewielu Polaków wie, czym charakteryzuje się ASD i czego mogą się spodziewać po dzieciach z tym schorzeniem. Tylko niewiele ponad połowa ankietowanych wie, że dzieci mają problemy w nawiązywaniu kontaktów z drugą osobą oraz problemy w komunikacji. Blisko 40 % osób wie, że dzieci z autyzmem mają trudności w rozpoznawaniu emocji, są wycofane, agresywne, unikają kontaktów z ludźmi, a ich zachowanie może być atypowe. Tylko 18 % ankietowanych wie, że dzieci autystyczne mogą być ponadprzeciętnie zdolne. Należy podkreślić również, że wśród badanych pokutują również nieprawdziwe mity dotyczące ASD i tak 20 % badanych uważa, że autyzm dotyka tylko dzieci 1/3 twierdzi, że można go rozpoznać na pierwszy rzut oka, a według, aż 12% badanych autyzm jest chorobą uleczalną [10].

Rodzice dzieci z ASD około 2 roku życia zaczynają zauważać, że ich pociecha odstaje zachowaniem oraz poziomem rozwoju od swoich rówieśników. Jest to pierwszy sygnał do rozpoczęcia diagnozowania dziecka.

Wśród charakterystycznych objawów jakie zauważają rodzice możemy wyróżnić:

- Kłopoty z mową lub jej brak
- Problemy z nawiązywaniem relacji
- Brak kontaktu wzrokowego

- Wolniejszy rozwój w stosunku do rówieśników
- Nie zdobywanie nowych umiejętności
- Agresja
- Brak reakcji na imię
- Nadpobudliwość ruchowa
- Zaburzenia sensoryczne
- Stereotypowe zachowania
- Nieumiejętność zabawy z rówieśnikami [10].

Pojawiające się w autyzmie stereotypie ruchowe służą do zachowania niezmiennego stanu, nadają rytmiczność i stymulują dziecko. We wczesnym rozwoju do 12 miesiąca życia stereotypie skupiają się głównie w ruchach dłoni i stóp by ok. 2 roku życia zająć miejsce centralne, nasilają się lęki, reakcje silne, ekspresyjne. Mogą pojawić się podskakiwania, obroty wokół własnej osi, stukanie i kręcenie przedmiotów w kółko. Często rodzice zauważają u dzieci skrajne nastroje od dużego pobudzenia do wycofania. Zakłada się że fiksacje nie dotyczą jedynie ruchów ciała, ale prawie wszystkich obszarów życia: myślenia komunikowania się czy zachowania. Wraz z biegiem lat gdy dzieci autystyczne stają się coraz starsze potrafią wyhamowywać ruchy stereotypowe jednak w okresie dużego wzburzenia i emocji wciąż mogą się one pojawiać [11].

Autyzm może być odrębną jednostką chorobową oraz może współwystępować jako jeden z objawów w przypadku zespołów genetycznych czy wrodzonej lub nabytej patologii. Dzieciom z ASD najczęściej towarzyszy niepełnosprawność intelektualna, część dzieci ma również padaczkę. Do tego mogą dojść zaburzenia motoryczne oraz sensoryczne. Jednak najczęstszymi problemami dzieci są problemy żywieniowe, na nie cierpi prawie 90% wszystkich chorych. Pojawiają się zaburzenia żołądkowo-jelitowe, bóle brzucha, refluks, zaparcia, biegunki, stany zapalne jelita grubego, zakażenia bakteryjne i grzybicze. U części pacjentów obserwuje się także alergię pokarmowe (na gluten czy mleko), niealergiczną nadwrażliwość na niektóre pokarmy czy nieprawidłowe działanie metabolizmu na wybrane pokarmy. Leczenie pacjentów autystycznych jest trudnym przedsięwzięciem, dzieci są kwalifikowane do dietetyka i razem z zespołem lekarzy (pediatrą, gastrologiem, neurologiem czy specjalistą od chorób metabolicznych) przygotowywane jest specjalistyczne leczenie z programem dietetycznym. Dzieci autystyczne mają również zaburzoną pracę układu

odpornościowego, częściej chorują i ciężko przechodzą infekcję tym istotniejsze jest, aby dziecko stosowało odpowiednią dietę [12, 13].

Problemy w komunikacji chorego na autyzm rozpoczynają się w początkowym okresie rozwoju i są silnie związane z zaburzeniami semantyczno-pragmatycznymi [14].

Dotyczy to przede wszystkim pierwszych kontaktów niemowlęcia z rodzicami. Dzieci dotknięte ASD nie potrafią we właściwy sposób wykorzystywać oddziaływujących na nie bodźców, są nie obojętne. W zaistniałej sytuacji niemożliwym jest wytworzenie silnej więzi emocjonalnej z najbliższą rodziną, co w dużym stopniu utrudnia opanowanie podstawowych umiejętności językowych. Dotknięte autyzmem dziecko nie zdobywa umiejętności naśladowania, co negatywnie wpływa na rozwój języka. Nie podejmuje prób imitacji mimiki twarzy osób z najbliższego otoczenia czy wydawania prostych dźwięków. Kolejnym powodem utrudnionej komunikacji werbalnej chorego na autyzm mogą być wady aparatu artykulacyjnego oraz opóźniony rozwój centralnego układu nerwowego. W efekcie, dziecko w danym wieku jest na niższym poziomie rozwoju intelektualnego niż rówieśnicy i może wykazywać trudności w rozumieniu przekazów językowych, tych słownych, ale także związanych z gestami i mimiką [15].

W obrazie klinicznym autyzm może objawiać się nieprawidłowym akcentem, zaburzonym rytmem i intonacją wypowiedzianych słów. Można również zaobserwować brak zdolności rozumienia kontekstu wyrazów, nierozumieniem żartów czy potocznie używanych słów [14].

Biorąc pod lupę sposób wypowiedziania się osób z ASD, nie można pominąć zjawiska echolalii, która u zdrowych dzieci jest zjawiskiem naturalnym do drugiego roku życia. Echolalia polega na ponownym wypowiedzeniu wyrazów lub zwrotów wypowiedzianych przez inne osoby [16].

U chorych na autyzm echolalię można podzielić na bezpośrednią, polegającą na bezzwłocznym powtarzaniu wyrazów i pośrednią, gdzie zasłyszane frazy powtarzane są po dłuższym czasie. Warto także wspomnieć o dysfunkcji używania zaimków osobowych. Osoby chorujące na autyzm bardzo często zastępują zaimek „ja” i pomijają zaimki typu „moje”, „mi” [15].

W tym momencie niezwykle istotne jest zaznaczenie, że według klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD 10, u dorosłych osób cierpiących na Zespół Aspergera nie występują problemy w komunikacji werbalnej. Badania pokazują, że połowa dzieci z wykrytym zespołem w początkowym okresie rozwoju z opóźnieniem zdobywa

umiejętności komunikacji słownej z otoczeniem, natomiast nierówność ta, zostaje wyrównana w stosunku do zdrowych rówieśników około 5 roku życia [17].

Zaburzenia snu takie jak bezsenność, koszmary, nagłe budzenie z płaczem również bardzo często pojawiają się u dzieci z ASD, te problemy mogą dodatkowo nasilać zaburzenia funkcji poznawczych [13].

Osoby chore na ASD miewają problemy z reakcją na bodźce zmysłowe, co może powodować przeładowanie układu nerwowego i objawiać się zachowaniami stereotypowymi i sensoryzmami. Pod koniec XX wieku Carl H. Delacato w nowatorski sposób spojrział na wyżej opisane zjawiska obecne u osób cierpiących na autyzm. Naukowiec, po wieloletnich badaniach odkrył, że u 95% chorych dzieci występują problemy z czuciem, a u 85% deficyty słuchu, a ok 25% ma dysfunkcję aparatu węchu i smaku. Wśród nieprawidłowości można wyróżnić nadwrażliwość, podwrażliwość i biały szum. Co więcej Jean Ayers odkryła, że zaburzenia są związane zarówno z odbiorem, jak i przetwarzaniem bodźców. Dysfunkcje obejmują kilka systemów: proprioceptywny, przedsionkowy, dotykowy, wzrokowy i słuchowy.

System dotykowy jest ściśle związany z odkrywaniem własnego ciała, dojrzałość emocjonalną, rozróżnianie przedmiotów przez dotyk. System przedsionkowy związany jest z równowagą, koordynacją, napięciem mięśni, ruch gałek ocznych. Receptory układu proprioceptywnego znajdują się przede wszystkim w mięśniach i stawach i przekazują informacje o pozycji ciała w przestrzeni. U osób cierpiących na ASD układy te nie działają prawidłowo i konieczna jest ich stymulacja poprzez ćwiczenia fizyczne. Najlepiej sprawdzającymi ćwiczeniami normalizującymi układ przedsionkowy są: kołyska wykonywana na plecach i brzuchu, przysiady i skoki na jednej nodze, skakanie na materacu i turlanie [18].

Terapia

Najbliżsi osób cierpiących na ASD stale szukają alternatywnych metod poprawienia stanu swoich dzieci. Istotną rolę w terapii osób cierpiących na spektrum autyzmu stanowi muzyka. Dźwięki wpływają na emocje, powodują radość, pobudzają zmysły. Pozytywny wpływ umożliwia wygaszenie negatywnych uczuć. Muzykoterapia wykorzystywana jest jako dodatkowy element terapii dzieci z niepełnosprawnością. Ma znaczący wpływ przy nauczaniu czytania, pisania, liczenia. Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w obecności muzyki łatwiej się koncentrują, szybciej uczą i zyskują umiejętności manualne. Podczas sesji dziecko czuje się bezpiecznie, odreagowuje napięcie. Podczas terapii dzieci często uczą się

gry na instrumentach, co wpływa na rozwój kreatywności i samodzielnego myślenia. Wpływa to także na poprawę relacji interpersonalnych oraz poprawę w komunikacji z terapeutą [19].

Nieoceniona jest rola dogoterapii jako wspomagania terapii osób cierpiących na ASD. Jest to metoda wspomagania rozwoju emocjonalnego i intelektualnego osób z niepełnosprawnością przy wykorzystaniu specjalnie wyszkolonych psów. W wyniku kontaktu ze zwierzęciem dzieci otrzymują ogromny, pozytywny ładunek emocjonalny. Psy mogą także pozytywnie wpływać na rozwój nauki czytania. Z badań wynika, że zajęcia terapeutyczne wykorzystujące zwierzęta mają pozytywny wpływ i znacznie podnoszą efektywność terapii [20].

Nie można także bagatelizować wagi terapii ruchem i tańcem jako metody wspierającej leczenie dzieci z ASD. Bazuje ona na współdziałaniu tańca i emocji, co umożliwia pogłębianie społecznej integracji osoby cierpiącej na autyzm.

Podobnie, jak dogoterapia, terapia tańcem i ruchem jest uzupełnieniem procesu leczenia. Dlaczego ruch ma tak zbawienny wpływ jeśli chodzi o leczenie ASD? Dlatego, że wpływa na pracę całej jednostki, chory uczy się „rozmawiać” ciałem, okazywać emocje, osobowość. Dziecko buduje świadomość własnego ciała, odkrywa swoją cielesność [21].

Leczenie dzieci z autyzmem musi mieć charakter kompleksowy, należy łączyć różne podejścia. W prowadzeniu terapii niezwykle ważna jest również współpraca z samą rodziną i otoczeniem pacjenta, to oni kontynuując terapię w domu przyczyniają się do poprawiania stanu dziecka. Poza typowym leczeniem farmakologicznym związanym z chorobami współistniejącymi u osób ze spektrum autyzm, stosuje się również różne terapie wspomagające rozwój dziecka. Popularną metodą zwaną metodą Holding próbuje się przywrócić lub dopiero po raz pierwszy stworzyć więź pomiędzy rodzicami a dzieckiem przez kontakt fizyczny [22].

Podsumowanie

Coraz szybciej powiększająca się grupa pacjentów ze zdiagnozowanym spektrum autyzmu wymaga szczególnej opieki grupy specjalistów. Odpowiednio wczesne diagnozowanie i wprowadzenie terapii pozwala na uzyskanie jak największej niezależności naszych pacjentów. Rosnąca świadomość w społeczeństwie, większa tolerancja inności, tworzenie placówek edukacyjnych oraz miejsc pracy dla pacjentów dotkniętych ASD ułatwia im normalne funkcjonowanie i niezależność. Należy dążyć do tego, aby przeszkolenie pedagogów, którzy często są pierwszymi wykształconymi osobami mającymi kontakt z

naszym dzieckiem było jak najlepsze. Również kampanie społeczne i rozmawianie o tym problemie powinno być powszechniejsze, aby rodzic obserwując swoje dziecko mógł zauważyć pierwsze niepokojące objawy. Dostępność odpowiedniej diagnostyki, również jest niezbędna. Dlatego tworzenie specjalistycznych placówek, z gronem wykształconego personelu jest niezbędne, aby cały proces leczenia został rozpoczęty w odpowiednim czasie.

Piśmiennictwo

1. Bryńska A. : W poszukiwaniu przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu – neuroobrazowanie strukturalne (część I). *Psychiatria Polska*, 2012, XLVI, 6, 1053-1060.
2. Lisik Z.M.: Molekularne podłoże zaburzeń ze spektrum autyzmu. *Psychiatria Polska*, 2014, 48(4), 689-700.
3. Łucka I., Pleskot-Kaczmarek J., Rynkiewicz A., Przybysz-Ożóg E.: Zespół Aspergera u bliźniąt- dylematy diagnostyczne i terapeutyczne. Opis przypadku. *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 2014, 14(1), 55-60.
4. Chojnicka I., Płoski R.: Polska wersja wywiadu do diagnozowania autyzmu ADI-R. *Psychiatria Polska*, 2012, XLVI, 2, 249-259.
5. Rynkiewicz A., Łucka I., Fryze M.: Wysokofunkcjonujące dziewczęta z autyzmem i zespołem Aspergera- przyczyny rzadkiego diagnozowania, opis przypadków. *Psychiatria*, 2012, 9, 2, 43-52.
6. Gerc K.: Autyzm i Zespół Aspergera jako zaburzenie neurorozwojowe – próba charakterystyki wybranych stanowisk naukowych w świetle przeglądu współczesnych badań. *Sztuka Leczenia*, 2012, 3-4, 33-46.
7. Yates K., Le Couteur A.: Diagnostyka autyzmu. *Medycyna Praktyczna – Pediatria*, 2009, 3, 79-88.
8. Wing L.: Związek między zespołem Aspergera i autyzmem Kanner [w:] *Autyzm i zespół Aspergera*, Frith U. (red.). PZWL, Warszawa 2005 , 115-149.
9. <http://terapiadziecka.net/diagnoza/> (pobrano dnia 11.08.2017).
10. Szymańska P.: Dziecko z autyzmem. Dostęp do diagnozy, terapii i edukacji w Polsce. Fundacja Jim. Autyzm Help. Łódź 2016.

11. Wolski A.: Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności małych dzieci ze spektrum autyzmu [w:] Konteksty pedagogiczne, Skibska J. (red.). Wyd. Katedra Pedagogiki Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, 45-61.
12. Kazek B., Emich-Widera E.: Zaburzenia somatyczne występujące u osób z autyzmem. [w:] Konteksty pedagogiczne, Skibska J. (red.). Wyd. Katedra Pedagogiki Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, 63-68.
13. Borzęcka A.: Problemy zdrowotne dziecka z autyzmem w konteksty pedagogiczne [w:] Konteksty pedagogiczne, Skibska J. (red.). Wyd. Katedra Pedagogiki Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, 70-78.
14. Bryńska A.: Deficyty komunikacyjne w zespole Aspergera. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2011, 11 (1), 46-50.
15. Wojciechowska A.: Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera [w:] O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji, Obrębowska M. (red.). Wyd. Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2011, 13-27.
16. Zalewski T.: Opóźniony rozwój mowy [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Gałkowski T., Tarkowski T., Zaleski Z. (red.). WUMCS, Lublin 1993, 185-192.
17. Eienmajer R., Prior M., Leekman S., Wing L., Gould J., Welham M., Ong B.: Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, 35, 1523-1531.
18. Waligóra-Huk A.: Sposoby stymulacji układu przedsionkowego i proprioceptywnego u dzieci ze spektrum autyzmu [w:] Konteksty pedagogiczne, Skibska J. (red.). Wyd. Katedra Pedagogiki Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała 2013, 94-106.
19. Majzner R.: Rola muzykoterapii w pracy z dzieckiem z indywidualnymi potrzebami edukacyjnymi. *Konteksty Pedagogiczne*, 2013, 1, 105-112.
20. Nawrocka-Rohnka J.: Dogoterapia jako metoda wspomaganie rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju. *Nowiny Lekarskie*, 2010, 79, 4, 304-310.
21. Rojewska-Nowak A.: Terapia tańcem i ruchem kluczem do świata wewnętrznego osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD). *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, 2017, 23(2), 98-108.
22. Sochacka L., Lisek T., Zwierzyńska A.: Wybrane metody leczenia autyzmu. *Ośrodek Terapii Diennej w Kup. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 1, 2, 155-161.

Kucharska Magdalena¹, Jankowiak Barbara²

1. Absolwentka Studiów II stopnia kierunku Pielęgniarstwo,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych

Wstęp

Definicja niepełnosprawności

Pojęcie niepełnosprawności nie jest sprecyzowane, co wynika z jego wieloaspektowego charakteru, dużej liczby rodzajów niepełnosprawności oraz trudności w odróżnieniu niepełnosprawności od całkowitej sprawności. Najczęściej używaną, stosunkowo dobrze oddającą istotę niepełnosprawności definicją jest ta, która głosi iż „niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny, psychiczny, umysłowy trwale lub okresowo ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności wykonywanie pracy zawodowej, ogranicza funkcje rodzinne i uniemożliwia korzystanie z dóbr społecznych” [1].

Wątpliwości wzbudza jednak określenie okresowego ograniczenia danych możliwości. Powstaje pytanie, czy kobietę w zaawansowanej ciąży, która ma trudności z wykonywaniem wielu czynności życia codziennego można zaliczyć do grona osób niepełnosprawnych? Podobnie osoba, która ma uraz kolana, czy stawu skokowego - niewątpliwie stwarzający takie ograniczenie przez okres kilku lub kilkunastu dni [2, 3].

Mówiąc o niepełnosprawności należy mieć na względzie relację pomiędzy zdrowiem człowieka, a społeczeństwem i środowiskiem, które go otacza. Określa się trzy stopnie niepełnosprawności:

Znaczny - do tej grupy zaliczają się osoby z naruszoną sprawnością organizmu, które są niezdolne do pracy, bądź zdolne jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającej, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób trzecich w związku z brakiem zdolności do samodzielności.

Umiarkowany - zaliczają się tu osoby z naruszoną sprawnością organizmu, które są niezdolne do pracy, bądź zdolne jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającej częściowej i czasowej pomocy osób trzecich w celu egzystencji w społeczeństwie.

Lekki - do tego stopnia niepełnosprawności zaliczają się osoby o naruszonej sprawności organizmu, która powoduje w istotny sposób obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, którą wykazują inne osoby o tych samych kwalifikacjach zawodowych w pełni sprawne fizycznie oraz osoby mające ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy środków pomocniczych, środków technicznych lub wyposażenia w przedmioty ortopedyczne [4, 5].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała pojęcie niepełnosprawności w trzech kategoriach:

1. Uszkodzenie (*impairment*) - jest to zaburzenie motorycznych i fizjologicznych funkcji danego układu bądź narządu wskutek urazu lub choroby
2. Upośledzenie (*handicap*) - to ograniczenie możliwości życiowych osób niepełnosprawnych, którzy są nieprzystosowani społecznie do odgrywania ról rodzinnych i zawodowych oraz wykazujący brak mechanizmów adaptacyjnych do danych warunków środowiskowych.
3. Inwalidztwo (*disability*) - tym mianem określa się uszkodzenie aparatu ruchu ograniczające możliwości ruchowe i wynikające z tego stanu ograniczenia życiowe. Jest to pojęcie najszersze w całej klasyfikacji niepełnosprawności, dotyczy ono ograniczenia funkcji całego organizmu i konsekwencji życiowych z nich wynikających [6, 7].

Niepełnosprawność ruchowa

Niepełnosprawność ruchowa dotyczy dysfunkcji wielu układów:

- stawowego
- kostnego
- mięśniowego
- nerwowego
- naczyniowego.

Schorzeniami powodującymi niepełnosprawność są: wady wrodzone i rozwojowe narządu ruchu, układowe choroby tkanki łącznej, zapalenie stawów z towarzyszącym zapaleniem kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe stawów, choroby kości i chrząstek, nowotwory narządu ruchu, zmiany pourazowe. Na poziomie poszczególnych narządów i części ciała niepełnosprawność będzie dotyczyć zużycia narządu ruchu i uszkodzenia tkanek

miękkich, między innymi : kości, stawów, kończyn dolnych i górnych, miednicy, kręgosłupa i klatki piersiowej [8].

W przypadku jednostek chorobowych wyróżniamy: choroby reumatoidalne, mózgowie porażenie dziecięce, uszkodzenie rdzenia kręgowego, choroby demielizacyjne, uszkodzenia nerwów obwodowych, miopatie, wrodzoną łamliwość kości [9].

Podstawowymi grupami niepełnosprawności ruchowej są:

- brak kończyn lub ich części (osoby po amputacjach, u których w okresie płodowym nie wykształciły się poszczególne części ciała)
- uszkodzenie układu nerwowego lub mięśni odpowiedzialnych za funkcjonowanie kończyn (osoby chorujące na mózgowie porażenie dziecięce, choroba Heinego-Medina, stwardnienie rozsiane, przepuklina oponowo- rdzeniowa, płasawica, wylewy i guzy mózgu, urazy mechaniczne mózgu, uszkodzenia rdzenia kręgowego w wyniku wypadku lub choroby)
- uszkodzenie stawów (osoby, które uległy wypadkom, osoby u których funkcjonowanie stawów jest zaburzone w wyniku degradacji związanej z wiekiem)
- niepoprawne uformowanie szkieletu w okresie rozwoju (achondroplazja lub inne rodzaje karłowatości, osoby u których struktura szkieletu nie rozwinęła się prawidłowo w wyniku chorób) [10].

Należy pamiętać, że osoby niepełnosprawne ruchowo nie są wyłącznie osobami poruszającymi się na wózku inwalidzkim [10].

Niepełnosprawność intelektualna

W piśmiennictwie międzynarodowym używa się dwóch podstawowych określeń opisujących zjawisko niepełnosprawności. Są to upośledzenie umysłowe (*mental retardation*) oraz niepełnosprawność intelektualna (*intellectual disability*) [11].

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zasadniczą cechą upośledzenia umysłowego jest znacznie obniżony poziom ogólnego funkcjonowania intelektualnego z towarzyszącym obniżeniem funkcjonowania przystosowawczego związanego z obszarami zdolności, takimi jak: komunikacja, troska o siebie, życie w domu, zdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych na płaszczyźnie społecznej, kierowanie sobą, zdolność uczenia się i pracy, czas wolny, zdrowie i bezpieczeństwo [12].

Najpopularniejsza definicja stosowana w Polsce zawarta jest w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń i Upośledzeń. Mówi ona, iż upośledzenie jest ujmowane jako

zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, który wyraża się przede wszystkim upośledzeniem umiejętności ujawniających się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji: zdolności poznawczych, motorycznych, mowy oraz umiejętności społecznych. Występuje zarówno samodzielnie, jak i z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz fizycznymi [13, 14].

Choroby neurologiczne, w tym neurodegeneracyjne

Jest to grupa wrodzonych lub nabytych postępujących chorób, atakujących układ nerwowy, gdzie podstawowym zjawiskiem jest utrata komórek nerwowych. W wyniku procesu chorobowego dochodzi do wystąpienia szeregu uszkodzeń w układzie nerwowym. Uszkodzenia te są nieodwracalne i znacznie wpływają na jakość życia chorego. W związku z tym choroby neurologiczne mają wpływ na pojawienie się niepełnosprawności. Dzieli się one na związane z funkcją motoryczną oraz związane z pamięcią. Do chorób neurodegeneracyjnych należą:

- guzy centralnego układu nerwowego
- pourazowa cerebrastenia i encefalopatia
- choroby zapalne ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego
- choroby układu pozapiramidowego, w zależności od stwierdzanych objawów
- uszkodzenia nerwów czaszkowych i obwodowych o różnej etiologii
- naczyniopochodny udar mózgu, prowadzący do trwałych deficytów neurologicznych
- epilepsja [15].

Choroby układu krążenia i oddechowego

W przebiegu chorób układu oddechowego stwierdza się zaburzenia w czynności krążeniowo- oddechowej. Zachwiana równowaga układu oddechowego ma negatywny wpływ na sprawność układu krążenia. Choroby układu krążenia wpływają ujemnie na układ oddechowy, przez co znacznie ograniczają sprawność i są przyczyną niepełnosprawności. Ta wzajemna korelacja zmusza do ujmowania procesu oddychania, jako całości [16].

W przebiegu chorób układu oddechowego występują następujące zaburzenia:

- zmiany prowadzące do utrudnionej wymiany gazowej
- przeszkody w drogach oddechowych, utrudniające przepływ powietrza do pęcherzyków płucnych

- zmniejszenie powierzchni oddychania wskutek zmian natury czynnościowej i anatomicznej
- zaburzenia prowadzące do zmniejszenia elastyczności tkanki płucnej [16].

Do powyższych schorzeń zaliczają się:

- przewlekłe obturacyjne i ograniczające, zakaźne choroby płuc, prowadzące do niewydolności oddechowej
- nowotwory opłucnej i płuc, prowadzące do niewydolności oddechowej
- nadciśnienie tętnicze z powikłaniami narządowymi
- wrodzone i nabyte wady serca, kardiomiopatie, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca z zaburzeniami hemodynamicznymi kwalifikującymi, co najmniej do II stopnia niewydolności serca według Klasyfikacji NYHA
- niewydolność żył głębokich z powikłaniami pod postacią zapaleń i długotrwałych owrzodzeń
- miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych, począwszy od II stopnia niedokrwienia kończyn według Klasyfikacji Fontaine'a [17].

Niepełnosprawność narządu wzroku

Wzrok jest jednym z podstawowych pięciu zmysłów, który pozwala na prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Jak wykazuje polskie prawo, osobą niewidomą, a co za tym idzie niepełnosprawną jest ten kto nie przekracza 0,1 normalnej ostrości wzroku lub taka osoba, u której pole widzenia, niezależnie od ostrości ograniczone jest do 30 stopni (przy normalnym polu widzenia jest to 180 stopni) [18, 19].

Za osoby niewidome uznaje się chorych o umiarkowanym i znacznym stopniu niepełnosprawności, a zatem także tych, którzy mają niewielkie możliwości widzenia. Osoby z dysfunkcją wzroku to niewidomi i ociemniali. Do pierwszej grupy zaliczają się osoby, które urodziły się, bądź straciły wzrok w bardzo wczesnym dzieciństwie. Nie pamiętają oni wrażeń wzrokowych. Do drugiej grupy należą ludzie, którzy stracili wzrok w późniejszym wieku [20, 21].

Niepełnosprawność słuchu i/lub mowy

Osoby niepełnosprawne pod względem narządu słuchu i/lub mowy można podzielić na trzy kategorie:

- niesłyszący z powodu uwarunkowań genetycznych - osoby, które wskutek dziedziczenia rodzą się z dysfunkcją słuchu
- niesłyszący, którzy urodzili się zdrowi, a słuch stracili na skutek choroby w późnym dzieciństwie
- niesłyszący, którzy słuch stracili w życiu dorosłym
- trwałe uszkodzenie czynności ruchowej jednego lub obu łańcuchów głosowych [22].

Do zaburzeń głosu, mowy i choroby słuchu zaliczają się:

- częściowa lub całkowita utrata krtani z różnych przyczyn
- zaburzenia mowy, spowodowane uszkodzeniem mózgu - wyższych ośrodków mowy
- głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu, niepoprawiające się po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego [22].

Choroby rzadkie/ genetyczne

Są nimi bardzo rzadko występujące schorzenia uwarunkowane najczęściej genetycznie, o przewlekłym i bardzo ciężkim przebiegu. Najczęściej ujawniają się one w wieku dziecięcym. Przez wzgląd na rzadkość ich występowania, trudności w ich rozpoznawaniu oraz brak świadomości społecznej, wiedza na temat tych chorób była dotychczas niewielka. Chorobę określa się, jako rzadką, gdy występuje w częstotliwości nie większej niż 5 na 10 000 osób. Jeśli chodzi o kwestię orzekania o niepełnosprawności i dalszych świadczeń państwa na rzecz osób dotkniętych tymi schorzeniami, Ministerstwo Zdrowia widzi rozwiązanie tych problemów we wprowadzeniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Jest to szczególnie ważne dla osób z chorobami rzadkimi, które często nie mieszczą się w obecnym systemie orzekania o niepełnosprawności [23].

Choroby psychiczne

To zaburzenie czynności centralnego układu nerwowego, w wyniku którego dochodzi do wystąpienia objawów psychopatologicznych, zaburzających dowolną świadomą kontrolę zachowania, utrudniają lub uniemożliwiają przystosowanie do istniejących warunków,

zniekształcają bądź znacznie upośledzają zdolność do przewidywania konsekwencji i przyszłości. Stanowią one efekt wielu czynników biologicznych i psychologicznych, które mieszczą się w przeszłym oraz obecnym środowisku, tkwią w systemach opieki zdrowotnej i społecznej oraz łączą się ze stylem życia. Choroby psychiczne zaliczają się do grupy chorób powodujących niepełnosprawność, w związku ze znacznie obniżoną jakością życia i szeregiem utrudnień stających na przeszkodzie w życiu codziennym chorującego i jego rodziny.

Do chorób psychicznych zaliczają się:

- zaburzenia psychotyczne
- zaburzenia nastroju
- utrwalone zaburzenia lękowe
- zespoły otępienne [24, 25].

Choroby układu moczowo- płciowego

Przy kwalifikowaniu do znacznego, umiarkowanego i lekkiego stopnia niepełnosprawności bierze się pod uwagę zakres naruszenia sprawności organizmu spowodowany przez choroby układu moczowo- płciowego, do których zaliczają się:

- zaburzenia czynności dróg moczowych, prowadzące do niewydolności nerek
- choroby nerek o różnej etiologii prowadzące do ostrej lub przewlekłej mocznicy
- wielotorbielowate zwyrodnienie nerek typu dorosłych
- nowotwory złośliwe układu moczowego i narządów płciowych
- pęcherz neurogeny [26].

Nowotwory

Do uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności kwalifikują pacjenta również nowotwory. Wymagają one szczególnej uwagi, ponieważ występują w każdej populacji, znacznie utrudniają życie i wykazują wysoką śmiertelność. W krajach rozwiniętych plasują się na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów, zaraz po chorobach sercowo- naczyniowych. Nowotwory dzielą się ze względu na rokowanie i śmiertelność na:

- nowotwory łagodne
- nowotwory miejscowo złośliwe
- nowotwory złośliwe [27].

Otyłość

Otyłość może w pewnych okolicznościach stanowić niepełnosprawność. Orzeka się ją w sytuacjach, gdy znacznie utrudnia otyłej osobie pełny i świadomy udział w życiu zawodowym w porównaniu z innymi.

Jest to choroba przewlekła, charakteryzująca się zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej u mężczyzn powyżej 25%, zaś u kobiet powyżej 30% masy ciała. Najpopularniejszym wskaźnikiem masy ciała, stosowanym w praktyce jest wskaźnik BMI. Mierzy się go za pomocą wzoru = masa ciała(kg)/ wzrost (m²). Zakres normy wynosi 18,5-24,9. BMI powyżej 30 świadczy o otyłości. W krajach rozwiniętych i rozwijających się otyłość wzrasta gwałtownie, osiągając skalę epidemii [28].

Inne choroby powodujące okresowe lub trwale dysfunkcje i ograniczenia

Do grupy tej zaliczają się pozostałe schorzenia powodujące dysfunkcje zarówno w społecznym funkcjonowaniu, jak i wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. Są nimi:

- choroby metaboliczne, do których należą występujące ze sobą czynniki ryzyka pochodzenia metabolicznego, sprzyjające rozwojowi chorób sercowo - naczyniowych o podłożu miażdżycowym oraz cukrzycy typu 2
- choroby narządów wydzielania wewnętrznego o różnej etiologii, wywołane nadmiernym wydzielaniem bądź niedoborem hormonów w zależności od stopnia wyrównania lub obecności powikłań narządowych, pomimo optymalnego leczenia
- choroby układu krwiotwórczego o różnej etiologii, w zależności od patologicznych zmian linii komórkowych szpiku w procesie hemopoezy
- choroby zakaźne bądź zespoły nabytego zaburzenia odporności
- przewlekłe choroby odzwierzęce atakujące wiele narządów, w II i III okresie choroby uzależnione od zmian narządowych
- znacznego stopnia oszpecenia, powodujące stałe ograniczenia w funkcjonowaniu społecznym oraz pracy zawodowej [29].

Obecnie niepełnosprawność nie jest rozumiana tylko jako skutek choroby czy urazu, ale przede wszystkim jako rezultat barier, jakie napotyka osoba niepełnosprawna w codziennym życiu. Ma ona zarówno biologiczny, osobisty, społeczny, jak i kulturowy wymiar [8].

Punktem wyjścia tej definicji i klasyfikacji jest określenie niepełnosprawności, jako ograniczenie funkcjonowania na poziomach:

- osobistym- działanie (*activity*)
- biologicznym- uszkodzenie (*impairment*)
- społecznym- uczestnictwo (*participation*) [8].

Epidemiologia niepełnosprawności

Na świecie żyje przeszło 500 mln osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że w większości krajów, co najmniej jedna osoba na dziesięć jest niepełnosprawna wskutek umysłowych lub fizycznych ograniczeń, zaś więcej niż 25% każdej populacji dotykają ujemne skutki niepełnosprawności. W krajach Unii Europejskiej liczba osób niepełnosprawnych oscyluje w granicach 40 mln osób, co stanowi ponad 10% społeczeństwa. Odsetek niepełnosprawnych wzrasta wraz z wiekiem, co zwiększa zapotrzebowanie rehabilitacyjne. Prognozy WHO mówią, że w 2020 roku na świecie będzie żyć ponad 1 miliard osób niepełnosprawnych, powyżej 60 roku życia, zaś Europa będzie najstarszą populacją. W Tabeli I zamieszczono informację na temat procentowego udziału osób niepełnosprawnych w społeczeństwie poszczególnych państw europejskich [30].

W Polsce około 5,7 mln osób przekroczyło 60 rok życia, wśród nich około 2 mln to osoby niepełnosprawne. Według wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych ogółem wynosiła około 4,7 mln. Tym samym liczba osób niepełnosprawnych w Polsce stanowiła 12,2% ludności kraju, wobec 14,3% w 2002 r. (blisko 5,5 mln osób niepełnosprawnych w 2002 roku). Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wynosił 46,1%, wobec 53,9% dla kobiet. Wzrost niepełnosprawności w starszych grupach społeczeństwa zalicza się do najważniejszych kryteriów kryzysu zdrowotnego [31].

W Polsce charakterystyczną cechą niepełnosprawności prawnej jest wzrost częstości niepełnosprawności osób będących jeszcze w średnim wieku, które powinny być najbardziej aktywne zawodowo [32].

W odniesieniu do danych z krajów Unii Europejskiej najwyższy współczynnik procentowy osób niepełnosprawnych występuje w Finlandii (22,9%), Wielkiej Brytanii (18,8%), Holandii (18,6%), Portugalii (18,4%) oraz w Dani (17,4%) i Niemczech (17,3%). Najmniejszy natomiast występuje w Irlandii (10,9%), Austrii (12,5%), Belgii (12,9%) oraz w Polsce (14,3%) i Francji (15,3%) [7].

Podstawowe skale oceny sprawności

Stan funkcjonalny można ocenić między innymi na podstawie:

- Skali ADL Katza (*Activities of Daily Living*) - jest to skala wykonywania prostych czynności życia codziennego.
- Skali IADL Lawtona (*Instrumental Activities of Daily Living*) - skala złożonych czynności wykonywanych w ciągu dnia.
- Skali Barthel - skala ta stosowana jest do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich [33].

Funkcjonowanie niepełnosprawnych w społeczeństwie

Człowiek od początku istnienia jest istotą społeczną, żyjącą w grupie. Uczy się, a następnie odgrywa powierzone mu role w rodzinie i środowisku społecznym. Te funkcje pełni zgodnie z wiekiem, płcią, opanowaną wiedzą, doświadczeniem, ale także odpowiednio do posiadanych predyspozycji intelektualnych i możliwości ruchowych. Każdy człowiek ma indywidualny kod genetyczny. To wpływ środowiska przyczynia się do włączania lub wyłączenia aktywności poszczególnych genów [34].

Gdy wszystkie układy i narządy są nieuszkodzone, funkcjonują prawidłowo i współpracują, mówimy o osobie w pełni sprawnej. Znaczy to, że czynności poszczególnych narządów są ściśle ze sobą powiązane i każdy, nawet najmniejszy pełni jakąś funkcję w organizmie. Nie wszystkim ludziom jest jednak dane funkcjonować w takim komforcie. Choroby, uszkodzenia, urazy powodują, że poszczególne narządy nie są w stanie przywrócić wewnętrznej równowagi [35].

Ograniczenia, jakie społeczeństwo wprowadza wobec osób niepełnosprawnych mają złożony charakter. Bardzo często ludzie posługują się stereotypami. Zawierają one uproszczone przekonania na temat ludzi z trwałymi uszkodzeniami ciała. Jednak barierę stanowią nie tylko aspekty psychologiczne, ale i architektoniczne. O dyskryminacji niepełnosprawnych mówi się rzadko, jednak dotyka ona chorych na każdym kroku. Dowodem na to są chociażby utrudnienia w dostępie do edukacji, czy nierówne traktowanie przez pracodawcę. Wiąże się to z koniecznością zapewnienia odpowiednich warunków, które są zazwyczaj problematyczne dla pracodawcy oraz źle postrzegane przez współpracowników. Uważają oni, że osoby niepełnosprawne mają specjalne przywileje i „zajmują miejsca pracy osobom zdrowym” [36].

Postawy społeczne na temat niepełnosprawności

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych są bardzo różnorodne i wyrażają się w dziedzinach:

- poznawczych (wiedza i przekonania dotyczące osób niepełnosprawnych)
- emocjonalnych (emocje i uczucia wobec osób niepełnosprawnych)
- behawioralnych (zachowania wobec osób niepełnosprawnych) [37].

Postawy społeczeństwa można zatem scharakteryzować ze względu na kryteria: oceny osoby niepełnosprawnej, poznawcze oraz emocjonalnych interakcji społecznych. W literaturze przedmiotu wymieniane są najczęściej dwie przeciwstawne postawy wobec osób niepełnosprawnych: pozytywne (akceptacja) lub negatywne (odrzućenie). Można uwzględnić również trzeci rodzaj postaw, którymi są postawy ambiwalentne, czyli zmienne lub obojętne. Uważane są one również za negatywne. Istnieją także inne klasyfikacje postaw wobec osób niepełnosprawnych, uwzględniające różne wymiary niepełnosprawności, którymi są: widoczność niepełnosprawności, wpływ niepełnosprawności na możliwość komunikacji, stygmatyzacja społeczna, trudności w zakresie samoobsługi, stopień samodzielności i niezależności [38, 39].

Na postawy społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych ma wpływ szereg różnorodnych czynników. Są one zależne przede wszystkim od stopnia niepełnosprawności. Według badań przeprowadzanych przez wielu autorów na przestrzeni lat wynika, iż najwięcej kontaktów osoby w pełni sprawne nawiązują z osobami dotkniętymi niepełnosprawnością fizyczną. Nie dostrzegają oni zbyt dużych przeszkód w tym, by osoba niepełnosprawna fizycznie funkcjonowała w najbliższym otoczeniu, nawet jako współmałżonek. W przypadku osób z zaburzeniami psychospołecznymi kontakty te byłyby już bardziej ograniczone. Najgorzej wygląda sytuacja dotycząca kontaktów z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Większość społeczeństwa odczuwa przed nimi lęk, poczucie niepewności i w związku z tym nie chciałoby utrzymywać kontaktów z takimi osobami [40].

Wsparcie instytucjonalne osób niepełnosprawnych

System wspierający osoby niepełnosprawne charakteryzują dwa aspekty: z jednej strony są nimi ramy prawne, w których funkcjonują poszczególne instytucje, z drugiej są to konkretni ludzie wdrażający istniejące przepisy, monitorujący prowadzone działania i odpowiadający za ich ewaluację. System charakteryzuje również konieczność tworzenia określonych programów i strategii działania wyznaczających cele do osiągnięcia [41].

W Polsce funkcjonuje wieloszczeblowy i wielosektorowy system instytucji świadczących wsparcie osobom niepełnosprawnym. Swoim zakresem działania obejmuje wszystkie sfery życia tej kategorii osób, co powinno zagwarantować skuteczne zaspokajanie ich potrzeb i zapewnić dobre funkcjonowanie w społeczeństwie. Jednak bliższe przyjrzenie się sprawie prowadzi do wniosku, iż występują w tym układzie istotne luki, skutkujące niezadowalającym poziomem wsparcia i występowaniem licznych problemów w integracji społecznej osób niepełnosprawnych [42].

Instytucje publiczne zaangażowane we wspieranie osób niepełnosprawnych dzielą się ze względu na pełnione funkcje następująco:

- instytucje opieki zdrowotnej i rehabilitacji
- instytucje zabezpieczenia społecznego w zakresie orzecznictwa
- instytucje aktywizacji zawodowej
- instytucje pomocy i opieki społecznej
- instytucje rynku pracy
- instytucje likwidujące bariery w przestrzeni społecznej
- instytucje oświatowe [42].

Najpowszechniejszą formą wsparcia instytucjonalnego są domy pomocy społecznej. Prawo do pobytu w nich przysługuje osobom wymagającym całodobowej opieki, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie [41].

Cel pracy

Celem pracy było określenie postaw młodzieży w stosunku do osób niepełnosprawnych, w zależności od płci i miejsca zamieszkania.

Material i metodyka

Badania zostały przeprowadzone w grupie 200 osób, w wieku 14-26 lat, losowo zakwalifikowanych do badań.

Material badawczy został zebrany metodą sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki, jaką była ankieta. Ankieta konstrukcji własnej zawierała 26 pytań, w tym pytania otwarte, zamknięte i półotwarte. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części: pytań metryczkowych oraz ankietowych. Część metryczkowa zawierała 4 pytania ogólne, które dotyczyły wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz poziomu wykształcenia.

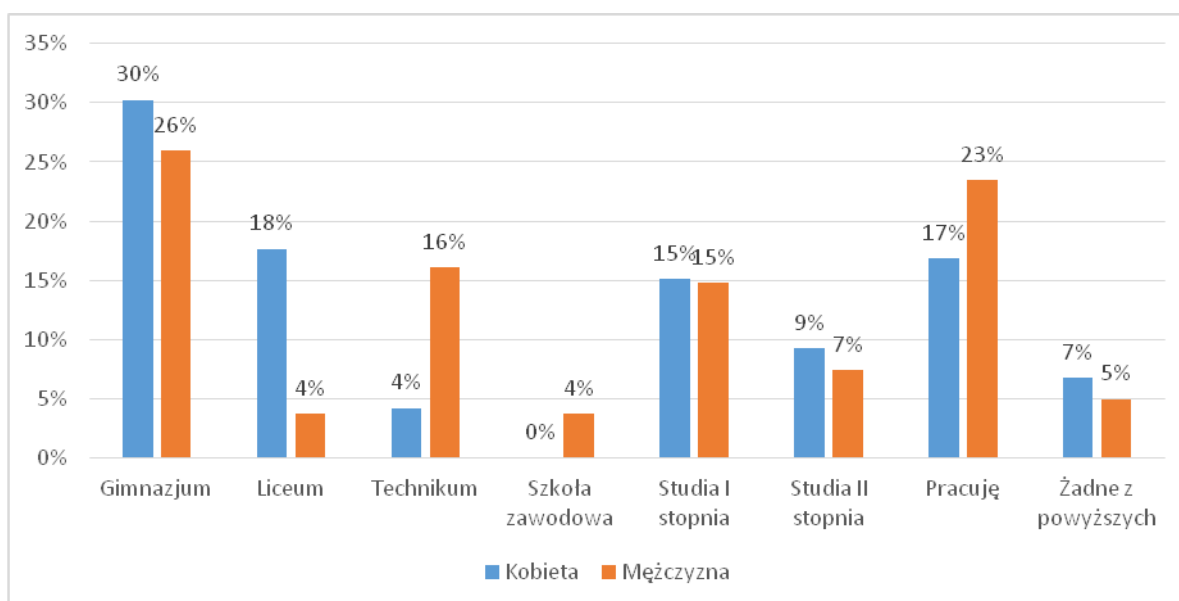
Pozostałe pytania, zawarte w drugiej części ankiety, dotyczyły m.in.: świadomości młodzieży na temat niepełnosprawności, stosunku osób młodych do osób niepełnosprawnych oraz oceny stosunku społeczeństwa wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Udział w badaniach był świadomy i dobrowolny, o czym ankietowani zostali poinformowani przed ich rozpoczęciem. Uzyskane dane opracowano w formie ilościowej, podając dane liczbowe i procentowe, przedstawiono w postaci tabel oraz rycin.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R-I-002/273/2015 z dnia 25.06.2015r.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 200 osób, w tym 60% kobiet i 40% mężczyzn. W skład badanej grupy wchodziło 41% osób w wieku 14-17 lat, 34% osób w wieku 18-22 lat oraz 25% respondentów mających 23-26 lat. Badana grupa była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania. Większość respondentów, stanowiąca 54% pochodziła ze wsi. Drugą grupą były osoby zamieszkujące miasto i stanowili oni 46%. Respondenci uczęszczali do różnego rodzaju szkół oraz pracowali zawodowo (Rycina 1).



Rycina 1. Zróżnicowanie grupy pod względem edukacji/ pracy

Większość badanych (80%) uważa się za osoby tolerancyjne wobec niepełnosprawności. Tylko 15% respondentów odpowiedziało, iż „raczej nie” oraz „zdecydowanie nie” (2%). Niewielka grupa – 5% nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na to zagadnienie.

Na poziom tolerancji wobec niepełnosprawności wpływ ma płeć. Kobiety były bardziej tolerancyjne w porównaniu z mężczyznami. Aż 88% ankietowanych kobiet uważało się za tolerancyjnych, gdzie wśród mężczyzn cecha ta była niższa, gdyż tylko 61% ankietowanych odpowiedziało na to pytanie pozytywnie (Tabela I).

Tabela I. Poziom tolerancji wobec osób niepełnosprawnych w zależności od płci respondentów

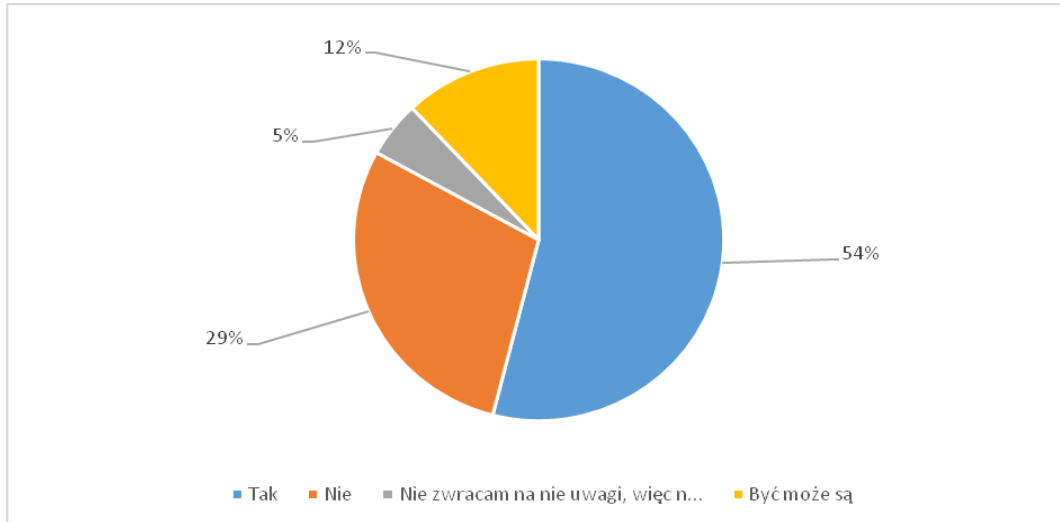
Czy uważasz się za osobę tolerancyjną?	Kobieta		Mężczyzna	
	N	%	n	%
Zdecydowanie tak	47	39%	12	15%
Raczej tak	59	49%	37	46%
Nie mam zdania	4	3%	6	8%
Raczej nie	8	7%	20	25%
Zdecydowanie nie	2	2%	5	6%
Razem	120	100%	80	100%

Wyraźna różnica była również widoczna w podziale na miejsce zamieszkania. Osoby ze wsi cechowały się wyższym poziomem tolerancji wobec niepełnosprawności, w porównaniu z ich rówieśnikami zamieszkującymi miasta. Wśród mieszkańców terenów wiejskich 93% uważało się, jako tolerancyjne. W przypadku mieszkańców miast odpowiedź taką podało 82% ankietowanych. Wyniki przedstawione zostały w Tabeli II.

Tabela II. Poziom tolerancji wobec osób niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania respondentów

Czy uważasz się za osobę tolerancyjną?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	59	65%	68	63%
Raczej tak	26	28%	21	19%
Nie mam zdania	3	3%	17	16%
Raczej nie	2	2%	2	2%
Zdecydowanie nie	2	2%	0	0%
Razem	92	100%	108	100%

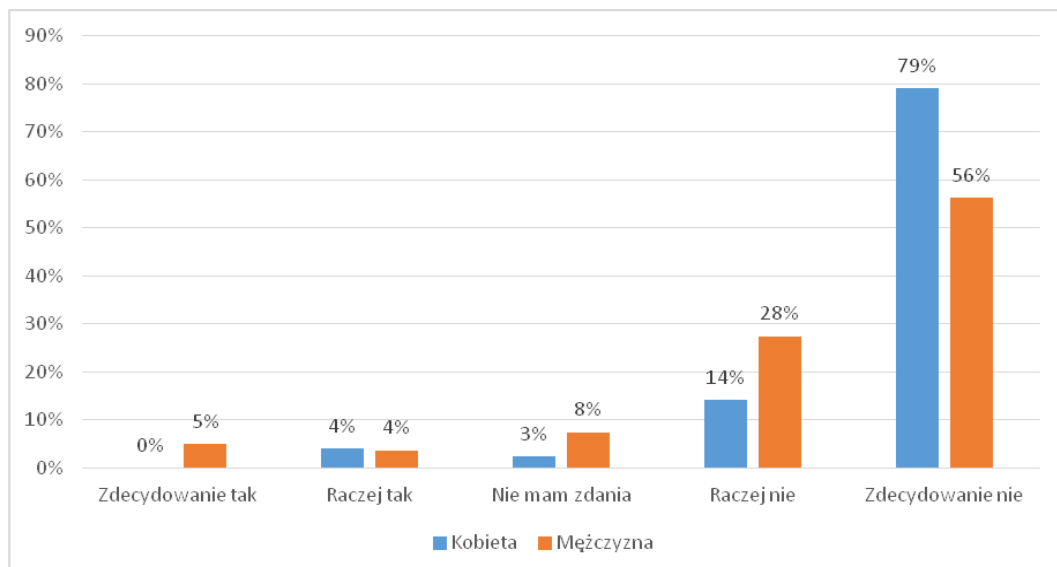
Kolejne pytanie dotyczyło występowania osób niepełnosprawnych w najbliższym środowisku ankietowanych. Większość respondentów (54%) spotyka się z niepełnosprawnością na co dzień. Blisko co trzecia osoba, nie ma kontaktu z taką osobą. Odpowiedzi w formie graficznej prezentuje Rycina 2.



Rycina 2. Występowanie osób niepełnosprawnych w otoczeniu respondentów

Respondenci zostali także zapytani, czy uważają osoby niepełnosprawne za gorsze od osób zdrowych. W 90% stwierdzili, że nie uważają osób z niepełnosprawnością, jako gorsze.

Odpowiedzi zostały przeanalizowane także ze względu na płeć. Kobiety w 93% odpowiedziały, iż nie uważają osób niepełnosprawnych, jako gorsze od ich zdrowych rówieśników. Mężczyźni takie zdanie wyrazili w 84%, co szczegółowo prezentuje Rycina 3.



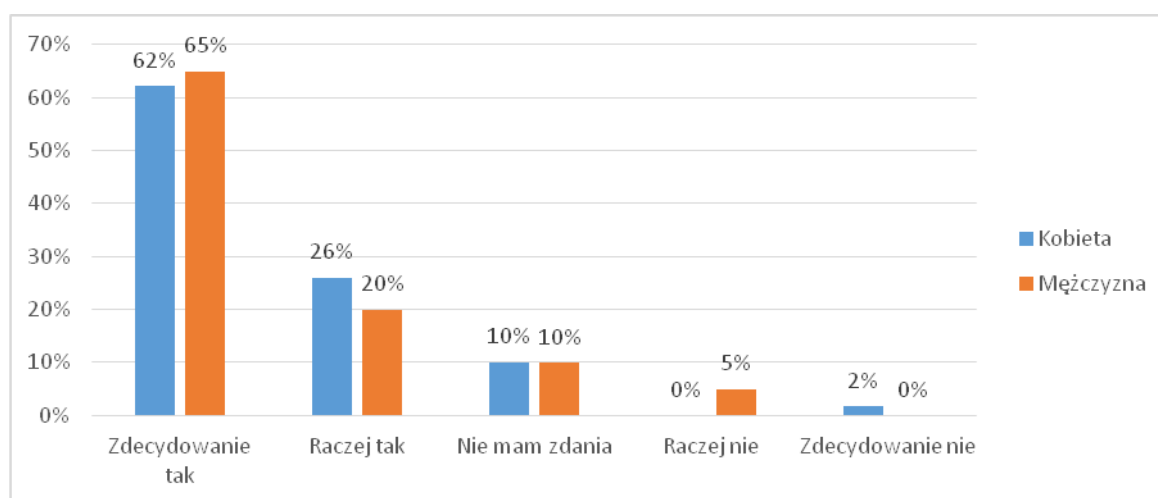
Rycina 3. Stosunek respondentów wobec niepełnosprawnych w zależności od płci respondentów

Ankietowani żyjący na terenach wiejskich byli bardziej pozytywnie nastawieni wobec niepełnosprawnych, w porównaniu z mieszkańcami miast. Pośród mieszkańców wsi - 96% odpowiedziało, iż nie uważa osób niepełnosprawnych, jako gorsze od osób zdrowych. W przypadku mieszkańców miast odpowiedź taką podało 90% ankietowanych. Odpowiedzi zaprezentowane zostały w Tabeli III.

Tabela III. Stosunek młodych osób zdrowych wobec niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania

Czy uważasz osoby niepełnosprawne, jako gorsze od osób zdrowych?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	2	2%	2	2%
Raczej tak	2	2%	6	6%
Nie mam zdania	0	0%	2	2%
Raczej nie	16	17%	23	21%
Zdecydowanie nie	72	79%	75	69%
Razem	92	100%	108	100%

Następnie ankietowani zostali zapytani „Czy według nich osoby niepełnosprawne powinny uczestniczyć w życiu publicznym?”. Kobiety również wykazały się większą empatią wobec niepełnosprawnych. Odpowiedziały one pozytywnie w 88% w zakresie aktywności osób niepełnosprawnych w życiu publicznym. Mężczyźni poparli aktywność osób niepełnosprawnych w 85% (Rycina 4).



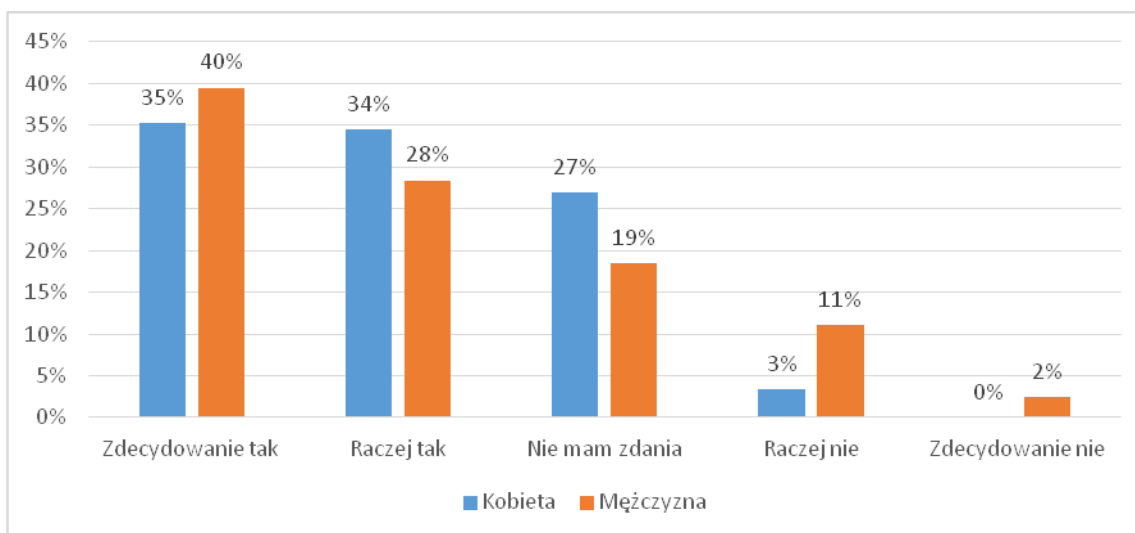
Rycina 4. Aktywność osób niepełnosprawnych w życiu publicznym w zależności od płci respondentów

Miejsce zamieszkania miało nieznaczny wpływ na odpowiedzi ankietowanych. Osoby ze wsi w 93% odpowiedziały pozytywnie, zaś mieszkańcy miast wypowiedzieli się w tej kwestii pozytywnie w 82% (Tabela IV).

Tabela IV. Aktywność osób niepełnosprawnych w życiu publicznym w zależności od miejsce zamieszkania respondentów

Czy uważasz osoby niepełnosprawne, jako gorsze od osób zdrowych?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	59	65%	68	63%
Raczej tak	26	28%	21	19%
Nie mam zdania	3	3%	17	16%
Raczej nie	2	2%	2	2%
Zdecydowanie nie	2	2%	0	0%
Razem	92	100%	108	100%

Według opinii ankietowanych osoby niepełnosprawne powinny pracować zawodowo. W większość badani opowiedzieli „tak” – 69%, podobnie w większości pozytywne odpowiedzi padały w podziałach ze względu na płeć (Rycina 5) i miejsce zamieszkania (Tabela V).



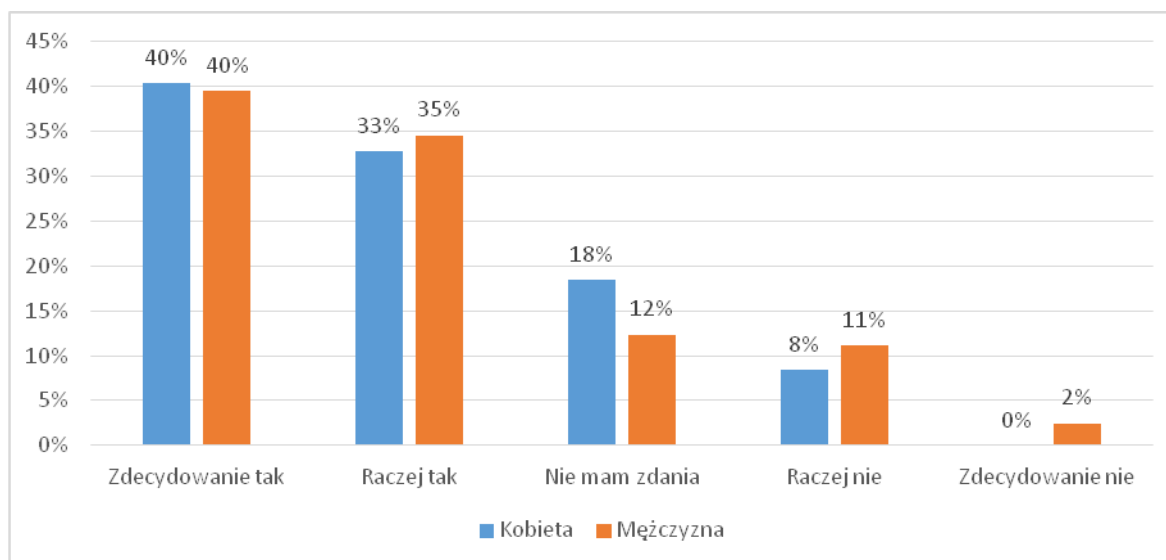
Rycina 5. Opinia młodzieży na temat podjęcia pracy zawodowej przez osoby niepełnosprawne w zależności od płci respondentów

Tabela V. Opinia młodzieży na temat podjęcia pracy zawodowej przez osoby niepełnosprawne. Udział procentowy w podziale ze względu na miejsce zamieszkania

Czy Twoim zdaniem osoby niepełnosprawne powinny pracować zawodowo?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	26	28%	48	45%
Raczej tak	34	37%	30	28%
Nie mam zdania	26	28%	21	19%
Raczej nie	6	7%	7	6%
Zdecydowanie nie	0	0%	2	2%
Razem	92	100%	108	100%

Respondenci zapytani „Czy osoby niepełnosprawne powinny uczyć się i pracować ze zdrowymi rówieśnikami?” odpowiedzieli w zdecydowanej większości pozytywnie. Aż 74% uznało, iż osoby niepełnosprawne powinny przebywać wśród zdrowych rówieśników.

Odpowiedzi zróżnicowano również pod względem płci respondentów. Wśród kobiet 73% uznało, że osoby dotknięte niepełnosprawnością powinny funkcjonować wśród osób zdrowych. Mężczyźni odpowiedzieli pozytywnie w 75%. Wyniki zamieszczone zostały na Rycinie 6.



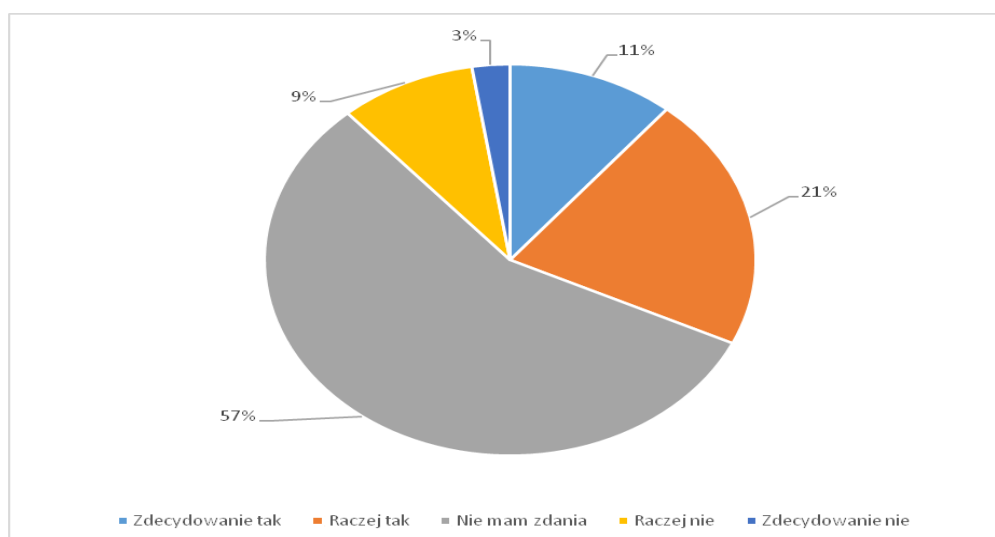
Rycina 6. Zdanie młodzieży na temat funkcjonowania niepełnosprawnych w społeczeństwie w zależności od płci respondentów

Dokonano również podziału wyników ze względu na miejsce zamieszkania ankietowanych. Mieszkańcy wsi w 71% są pozytywnie nastawione w tej kwestii, zaś młodzież zamieszkująca miasta wyraziła aprobatę w 76% (Tabela VI).

Tabela VI. Zdanie młodzieży na temat funkcjonowania niepełnosprawnych w społeczeństwie w zależności od miejsca zamieszkania

Czy Twoim zdaniem osoby niepełnosprawne powinny uczyć się i pracować ze zdrowymi rówieśnikami?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	30	33%	50	46%
Raczej tak	35	38%	32	30%
Nie mam zdania	17	18%	15	14%
Raczej nie	10	11%	9	8%
Zdecydowanie nie	0	0%	2	2%
Razem	92	100%	108	100%

Respondenci zapytani „Czy chcieliby uczęszczać do jednej klasy z osobą niepełnosprawną?” w większości (57%) nie mieli zdania na ten temat. Pozytywnie odpowiedziało 33% respondentów. Odpowiedzi zaprezentowane zostały na Rycinie 7.



Rycina 7. Opinia młodzieży na temat uczęszczania do jednej klasy z osobami niepełnosprawnymi

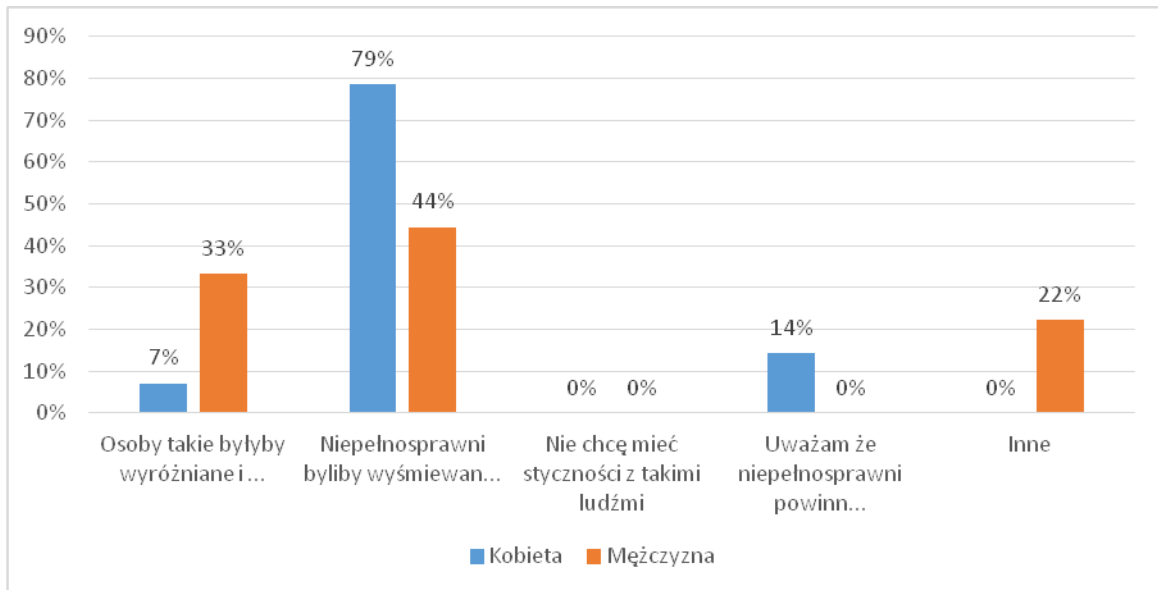
Dokonano podziału odpowiedzi respondentów ze względu na ich płeć. Kobiety w 32% chciałyby uczęszczać do jednej klasy z osobą niepełnosprawną, w tej kwestii liczebność mężczyzn również wyniosła 32%.

Mieszkańcy wsi wykazali się większą tolerancją w tej kwestii. Pozytywnie odpowiedziało 36% mieszkańców wsi oraz 29% osób zamieszkujących metropole. Wyniki przedstawia Tabela VII.

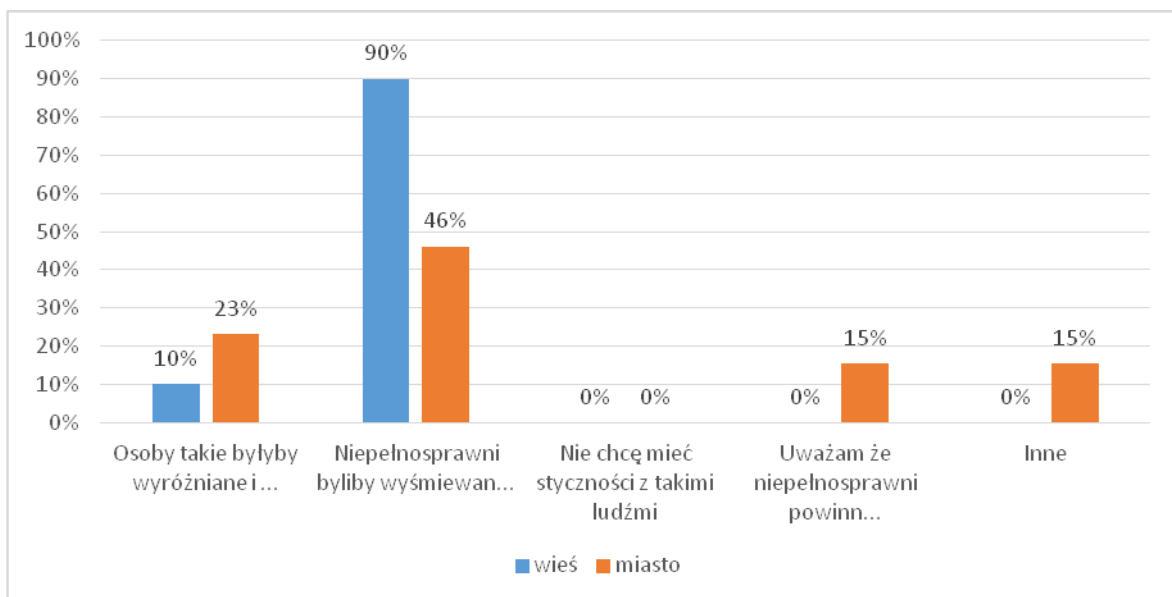
Tabela VII. Opinia młodzieży na temat uczęszczania do jednej klasy z osobami niepełnosprawnymi. Udział procentowy w zależności od miejsca zamieszkania

Czy chciałbyś uczęszczać do jednej klasy z osobą niepełnosprawną?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	8	9%	14	13%
Raczej tak	25	27%	17	16%
Nie mam zdania	49	53%	64	59%
Raczej nie	10	11%	8	7%
Zdecydowanie nie	0	0%	5	5%
Razem	92	100%	108	100%

Respondenci, którzy wypowiedzieli się negatywnie na temat chęci uczęszczania do jednej klasy z osobami niepełnosprawnymi zapytani o powód, w większości odpowiedzieli, że obawialiby się, iż osoby dotknięte niepełnosprawnością byłyby wyśmiewane i odrzucane przez rówieśników (65%). Padły również tezy, że osoby te byłyby wyróżniane i szczególnie traktowane (17%). Mniejszość uważała, że niepełnosprawni powinni być izolowani od zdrowych (9%). Odpowiedzi w zależności od płci przedstawia Rycina 8, a w zależności od miejsca zamieszkania Rycina 9.



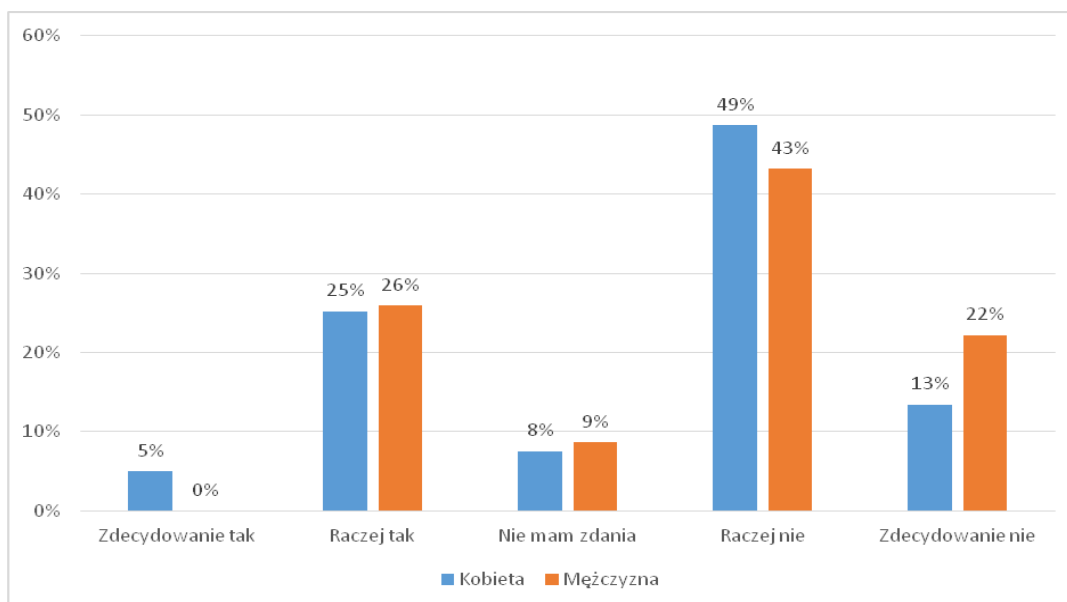
Rycina 8. Przyczyny negatywnego nastawienia wobec wspólnej edukacji w zależności od płci respondentów



Rycina 9. Przyczyny negatywnego nastawienia wobec wspólnej edukacji w zależności od miejsca zamieszkania respondentów

W dalszej części ankietowani zostali zapytani „Czy widok osoby niepełnosprawnej wprawia ich w zakłopotanie?”. Zdania na ten temat były podzielone, jednak większość, bo aż 64% czuje się swobodnie w towarzystwie niepełnosprawnych i nie odczuwa krępacji.

Płeć respondentów nie miała wpływu na odpowiedzi. Kobiety w 62% były pozytywnie nastawione, zaś mężczyźni w 65% czują się swobodnie w towarzystwie osób dotkniętych niepełnosprawnością. Odpowiedzi zaprezentowane zostały na Rycinie 10.



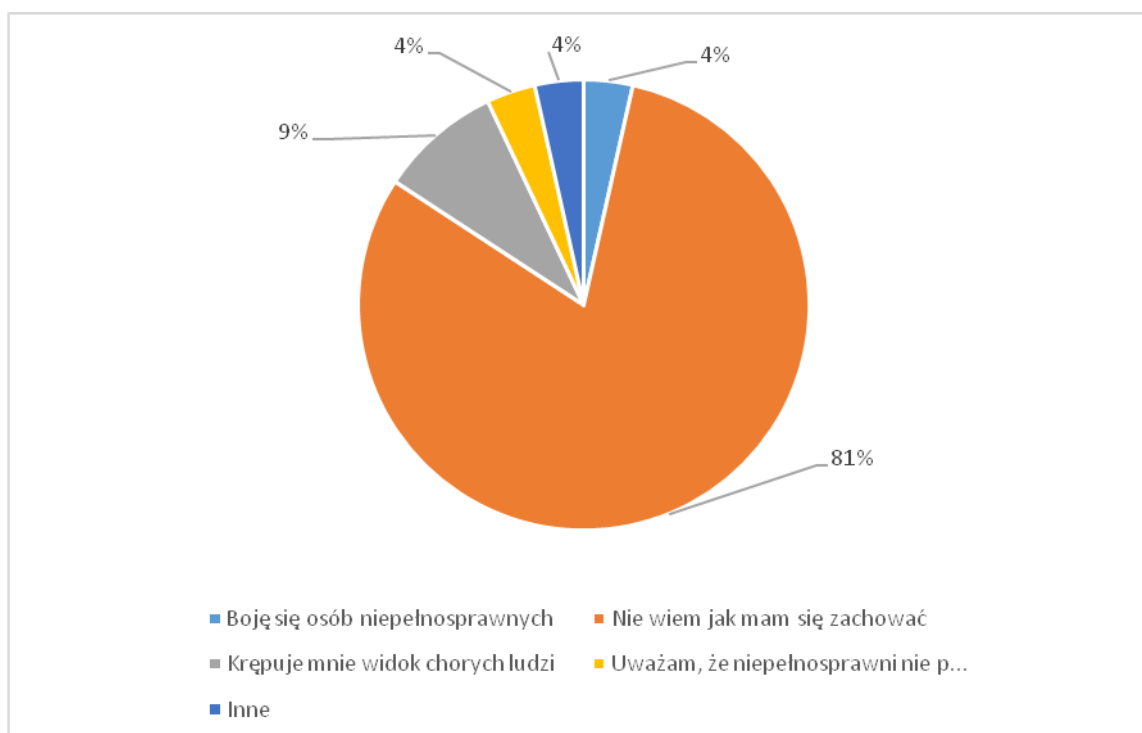
Rycina 10. Reakcja ankietowanych na widok osób niepełnosprawnych w zależności od płci

Mieszkańcy miast okazali się być bardziej tolerancyjni, w porównaniu do ich rówieśników zamieszkujących obszary wiejskie. Wyniki przedstawia Tabela VIII.

Tabela VIII. Reakcja respondentów na widok osób niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania

Czy widok osoby niepełnosprawnej wprawia Cię w zakłopotanie?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	0	0%	6	6%
Raczej tak	29	31%	22	20%
Nie mam zdania	8	9%	8	7%
Raczej nie	41	45%	52	48%
Zdecydowanie nie	14	15%	20	19%
Razem	92	100%	108	100%

Respondenci, którzy odpowiedzieli pozytywnie, zostali zapytani o przyczynę swoich odpowiedzi. Najczęściej, bo aż w 81% przypadków padało stwierdzenie o braku wiedzy ankietowanych na temat zachowania w obecności osoby niepełnosprawnej (Rycina 11).

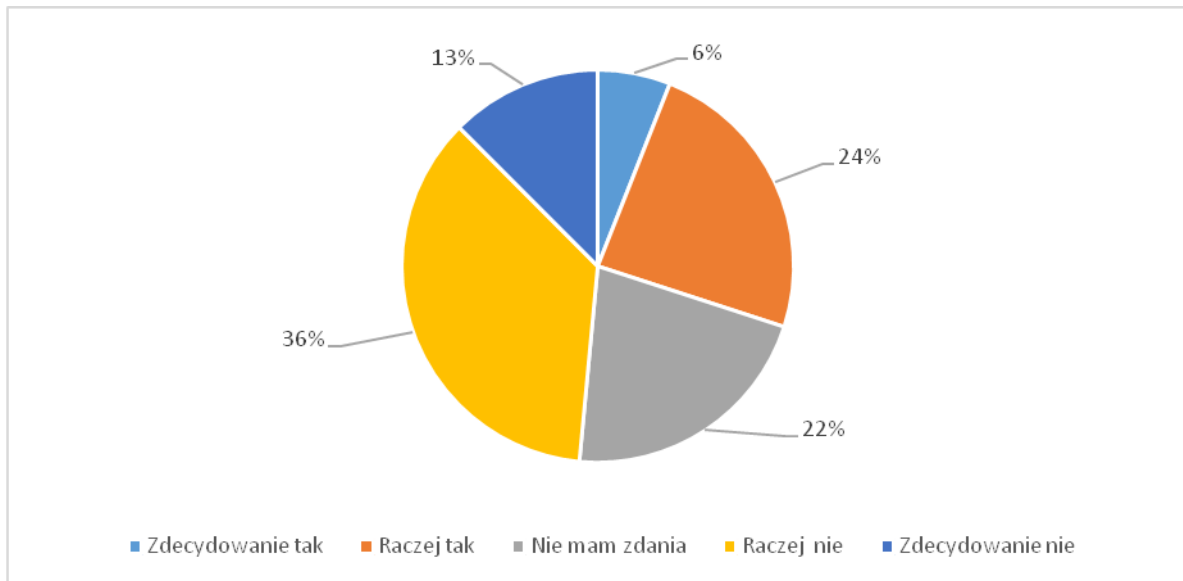


Rycina 11. Powody, dla których respondenci odczuwają zakłopotanie w towarzystwie osób niepełnosprawnych

Dokonano również podziału odpowiedzi ze względu na płeć respondentów. Nie warunkowała ona szczególnie odpowiedzi, gdyż zarówno większość, bo aż 81% kobiet, jak i 81% mężczyzn podało tę samą przyczynę, mianowicie - nie wiedzieli, jak mieliby się zachować.

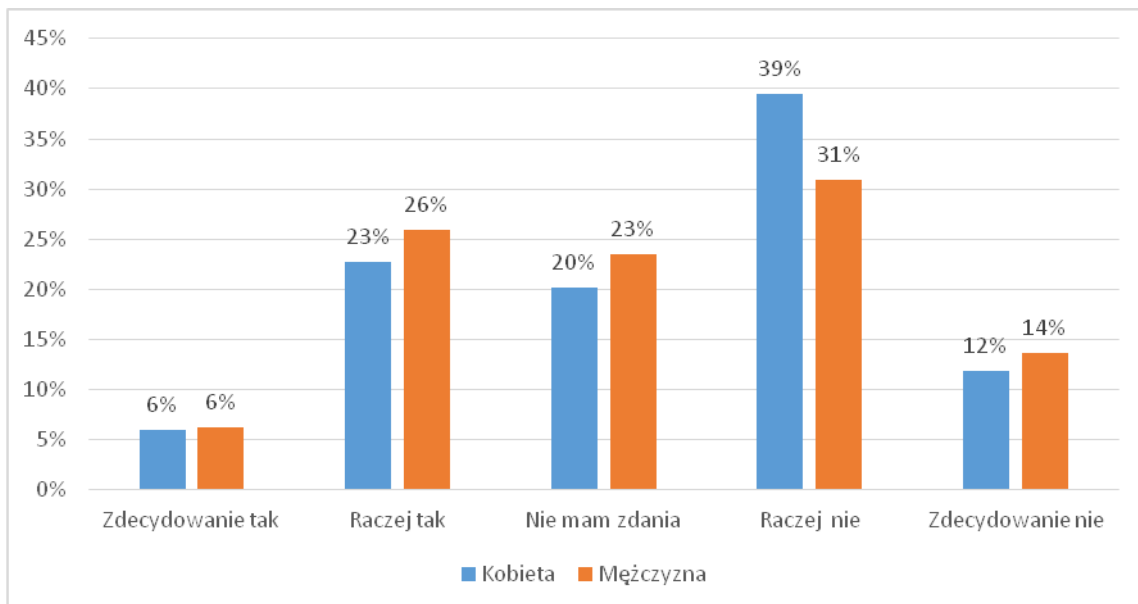
Miejsce zamieszkania również nie miało istotnego wpływu na odpowiedzi ankietowanych. Ponownie najczęściej, bo w 90% odpowiedzi osób ze wsi oraz 71% osób mieszkających w miastach, był brak wiedzy na temat zachowania w towarzystwie osoby niepełnosprawnej.

Ankietowani zapytani o to, czy przechodzą obojętnie obok osób niepełnosprawnych w 30% odpowiedzieli potwierdzająco, 49% zapytanych odpowiadało przecząco. Wyniki zostały zamieszczone na Rycinie 12.



Rycina 12. Reakcja respondentów na widok osób niepełnosprawnych

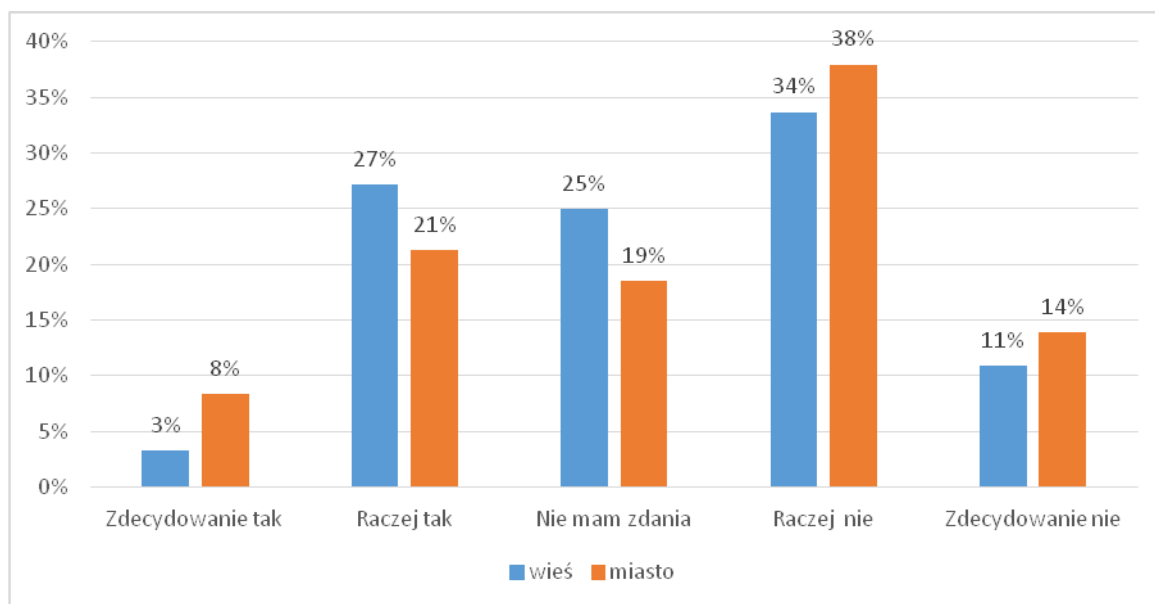
Na widok osób niepełnosprawnych obojętnie przechodzi 29% kobiet oraz 32% mężczyzn, natomiast 51% kobiet i 45% mężczyzn nie potrafi ominąć osoby niepełnosprawnej bez żadnej reakcji. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 13.



Rycina 13. Reakcja respondentów na widok osób niepełnosprawnych w zależności od płci ankietowanych

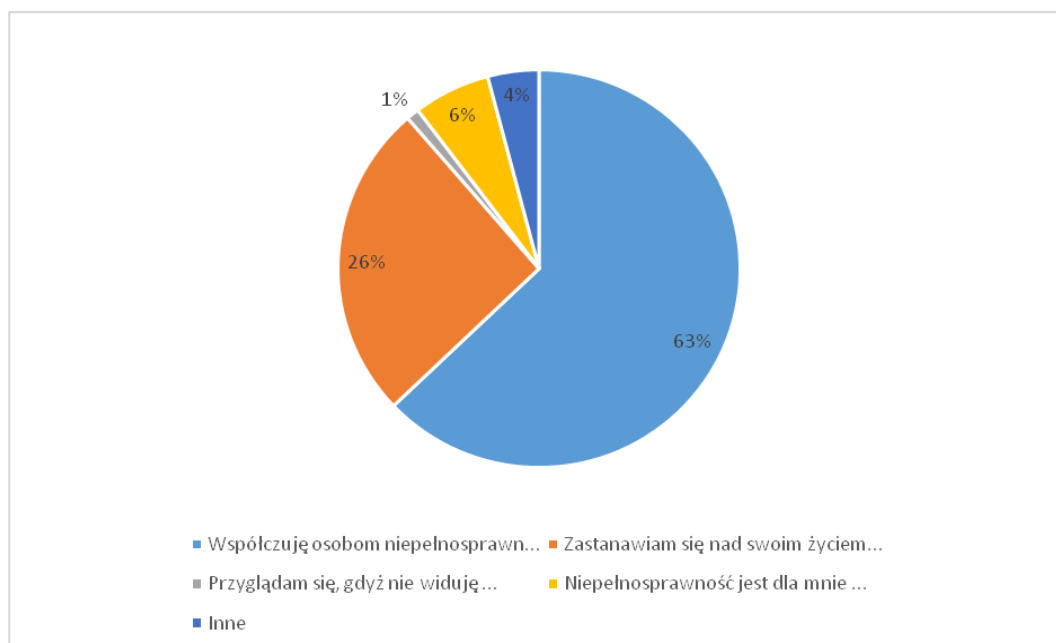
Miejsce zamieszkania również miało wpływ na odpowiedzi udzielane przez ankietowanych. Obojętnie na widok osób niepełnosprawnych przechodziło 30% mieszkańców obszarów wiejskich oraz 29% osób zamieszkujących miasta. 45% osób ze wsi oraz 52%

respondentów mieszkających w miastach nie potrafiło przejść obojętnie widząc osoby niepełnosprawne. Wyniki przedstawia Rycina 14.



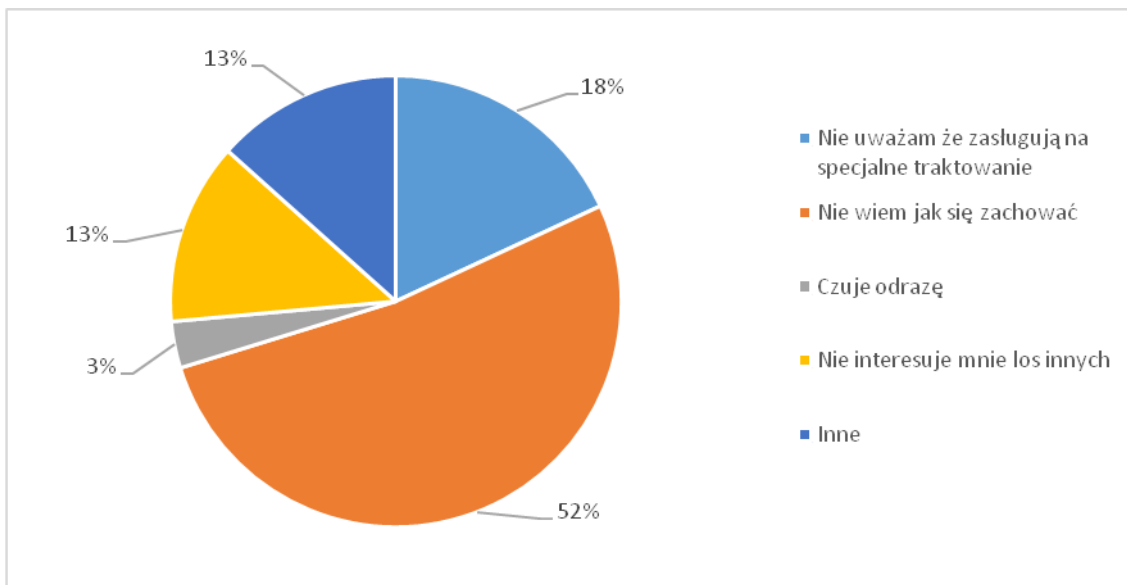
Rycina 14. Reakcja respondentów na widok osób niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania respondentów

Większość ankietowanych odpowiedziała, że nie potrafi przejść obojętnie widząc osobę niepełnosprawną. Najpopularniejsza odpowiedź dotyczyła współczucia. Wybrało ją 63% badanych osób. Nieliczna część respondentów, w ilości 6% stwierdziło, iż niepełnosprawność jest dla nich powodem do śmiechu. Odpowiedzi przedstawia Rycina 15.



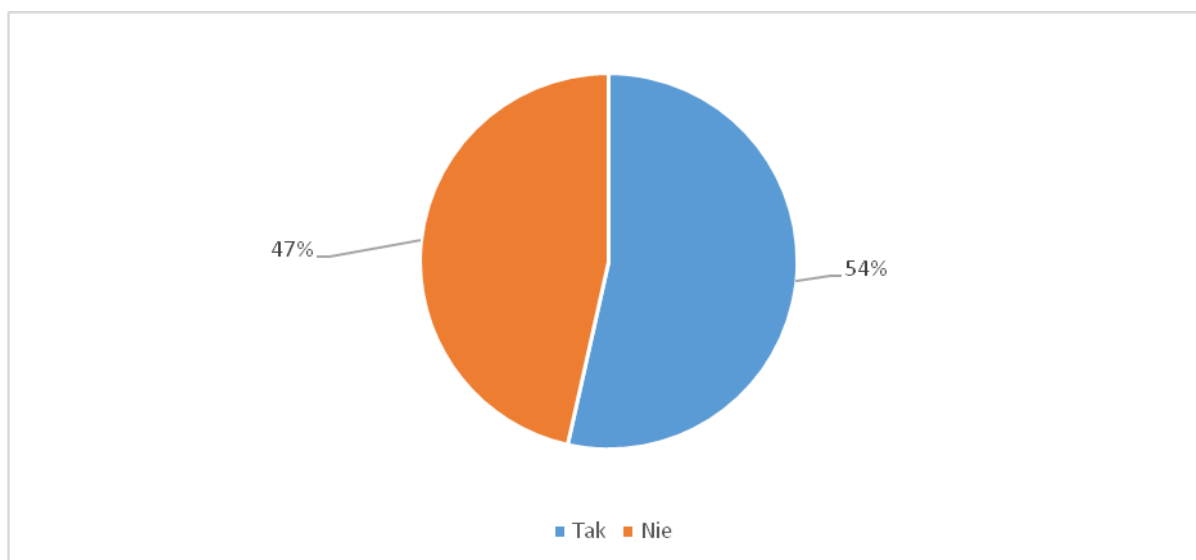
Rycina 15. Powody, dla których młodzież nie przechodzi obojętnie obok osób niepełnosprawnych

Osoby, które odpowiedziały, że nie reagują na widok niepełnosprawnych w 52% stwierdziły, że nie wiedziały, jak miały się zachować. Pozostali twierdzili, że niepełnosprawni nie zasługują na szczególne traktowanie. Zdarzyły się również odpowiedzi, w których ankietowani stwierdzili, że odczuwają odrazę i niechęć (Rycina 16).



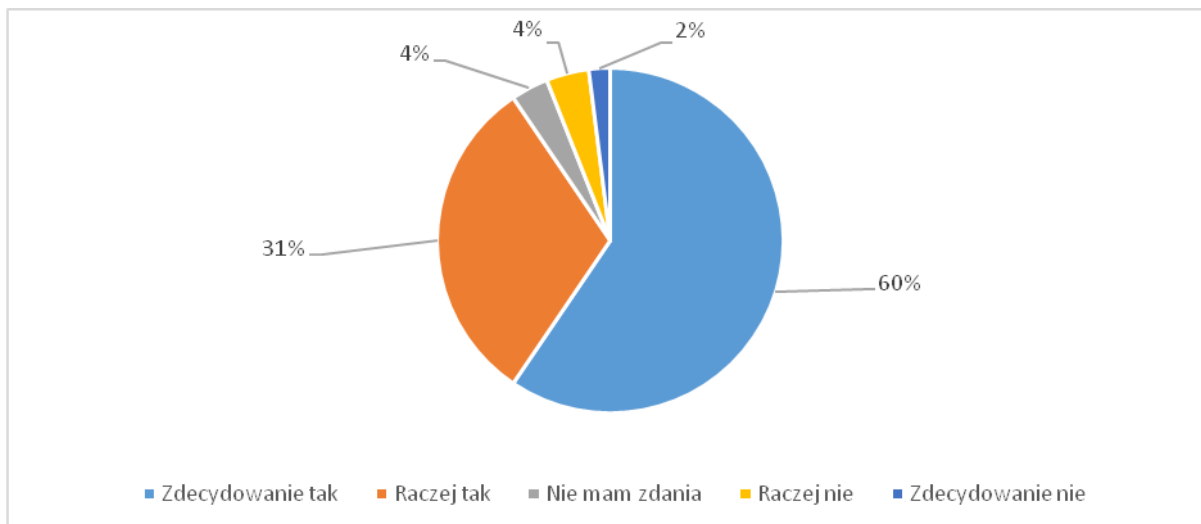
Rycina 16. Powody, dla których młodzież przechodzi obojętnie obok osób niepełnosprawnych

Pośród ankietowanych 55% znalazło się w przeszłości w sytuacji, gdzie osoba niepełnosprawna potrzebowała pomocy, 45% nigdy wcześniej takiej sytuacji nie doświadczyło. Odpowiedzi prezentuje Rycina 17.



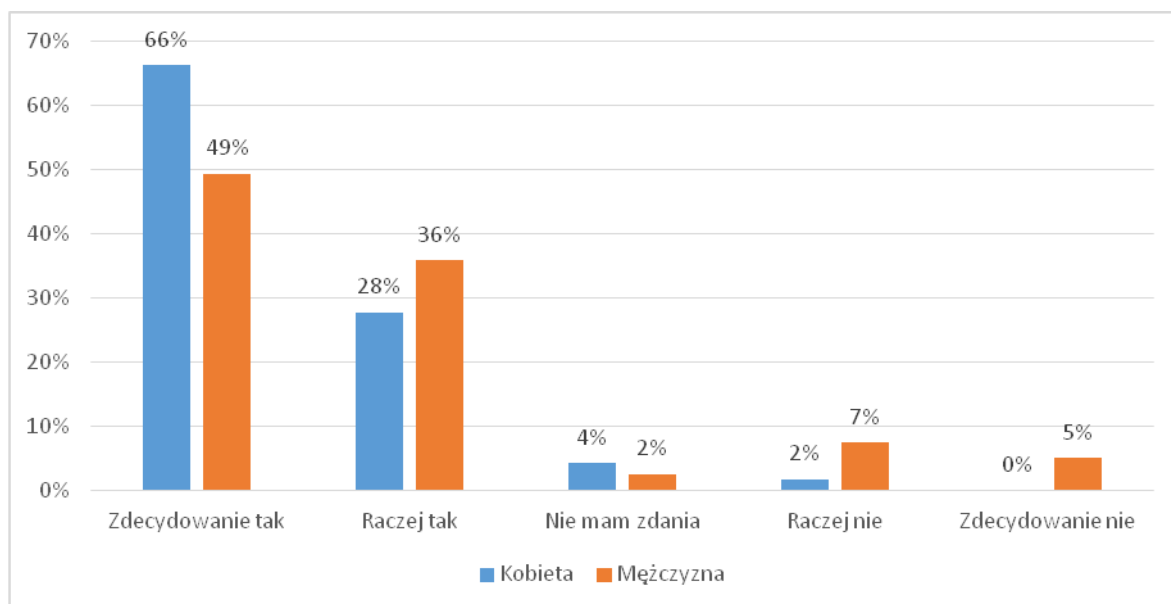
Rycina 17. Kontakt respondentów z niepełnosprawnymi potrzebującymi pomocy

W sytuacji, gdy osoba niepełnosprawna potrzebowałaby pomocy, zdecydowana większość byłaby gotowa wyciągnąć dłoń. Za „tak” opowiedziało się aż 91% ankietowanych. Tylko 6% nie pomogłoby w potrzebie niepełnosprawnym. Rycina 18 przedstawia odpowiedzi młodzieży.



Rycina 18. Chęć niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym przez respondentów

Po raz kolejny kobiety wykazały się większą chęcią pomocy potrzebującym. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło 94% kobiet oraz 85% ankietowanych mężczyzn. Wyniki prezentuje Rycina 19.



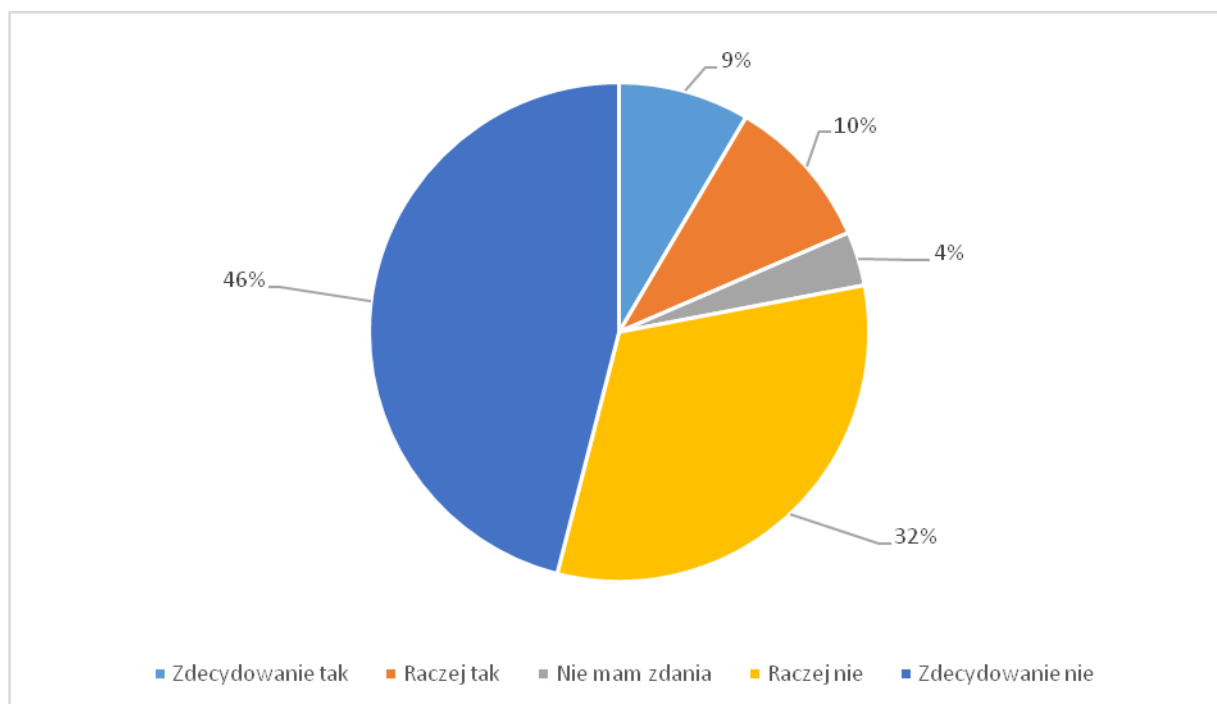
Rycina 19. Chęć niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym w potrzebie w zależności od płci respondentów

Mieszkańcy wsi w 97%, a osoby z miast w 86% odpowiedzieli, że byliby gotowi nieść pomoc niepełnosprawnym w potrzebie. Nieliczni w obu grupach nie wyrazili chęci niesienia pomocy niepełnosprawnym w potrzebie. Odpowiedzi przedstawia Tabela IX.

Tabela IX. Chęć niesienia pomocy osobom niepełnosprawnym w potrzebie w podziale ze względu na miejsce zamieszkania ankietowanych

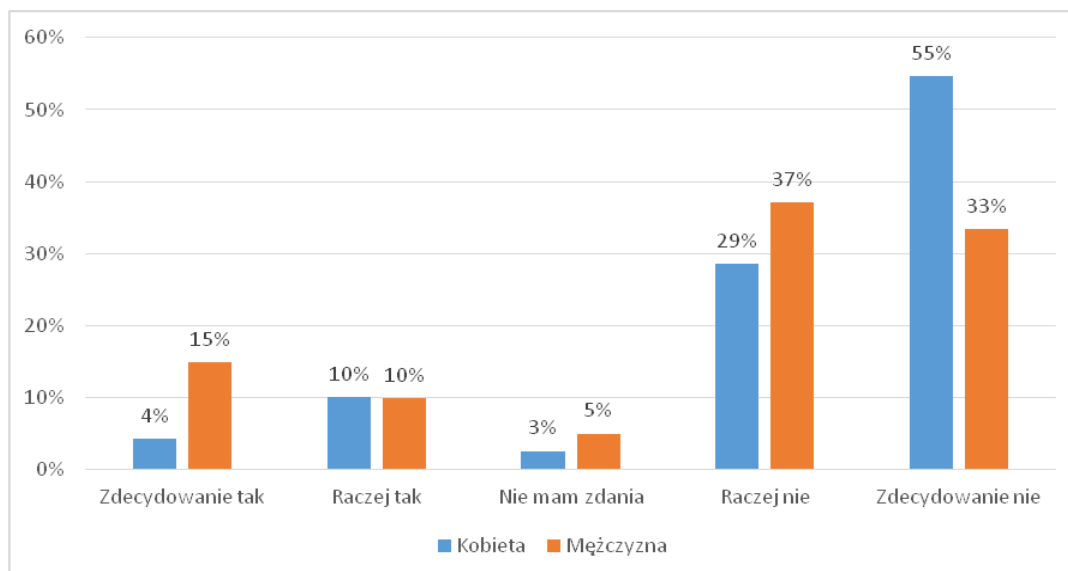
Czy chętnie udzieliłbyś pomocy osobie niepełnosprawnej?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	60	65%	59	55%
Raczej tak	29	32%	33	31%
Nie mam zdania	1	1%	6	6%
Raczej nie	2	2%	6	6%
Zdecydowanie nie	0	0%	4	4
Razem	92	100%	108	100%

Na pytanie „Czy respondentom zdarzyło się naśmiewać z osób niepełnosprawnych?” odpowiedzi po raz kolejny były podzielone, jednak zdecydowana większość, bo aż 78% odpowiedziała, że nie jest to dla nich powód do śmiechu. Pośród ankietowanych 19% odpowiedziało pozytywnie. Odpowiedzi prezentuje Rycina 20.



Rycina 20. Występowanie negatywnych reakcji na widok osób niepełnosprawnych

Mężczyźni znacznie częściej, niż kobiety naśmiewali się w przeszłości z osób dotkniętych niepełnosprawnością. Przeszło 15% ankietowanych płci męskiej uważa niepełnosprawność, jako powód do śmiechu. W przypadku kobiet pozytywnie odpowiedziało 10% ankietowanych. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 21.



Rycina 21. Występowanie negatywnych reakcji na widok osób niepełnosprawnych w zależności od płci respondentów

Miejsce zamieszkania respondentów miało nieznaczący wpływ na odpowiedzi. Ankietowani mieszkający w miastach w 20% odpowiedzieli, że zdarzyło im się w przeszłości naśmiewać z osób dotkniętych niepełnosprawnością. W przypadku osób ze wsi odpowiedzi takiej udzieliło 16% respondentów. Odpowiedzi zaprezentowane zostały w Tabeli X.

Tabela X. Występowanie negatywnych reakcji na widok osób niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania ankietowanych

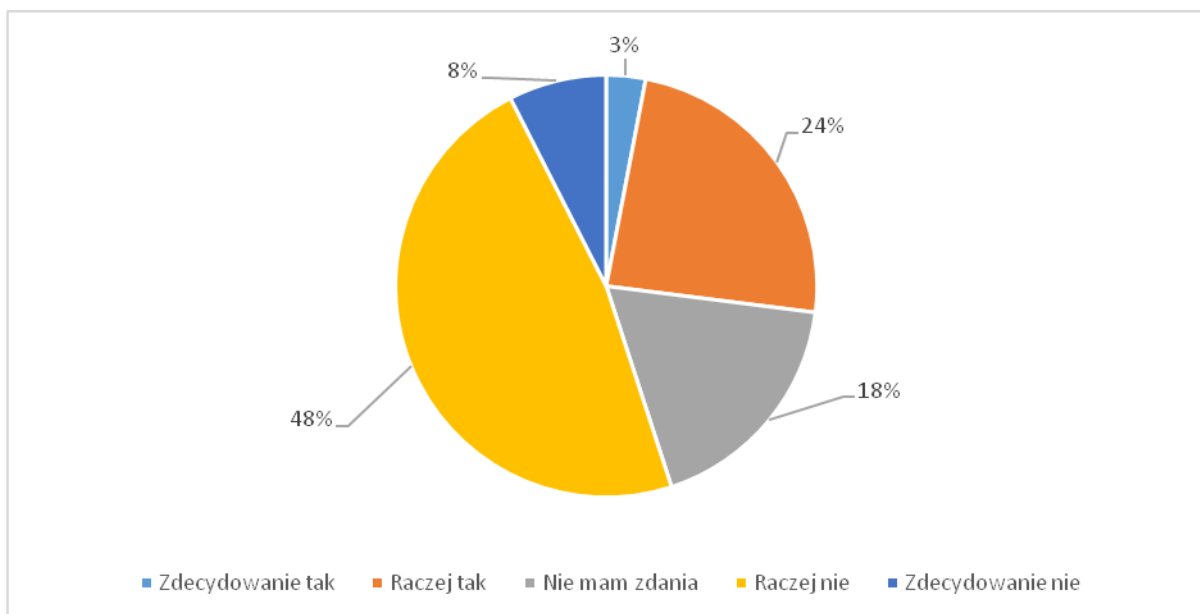
Czy zdarzyło Ci się naśmiewać z osób niepełnosprawnych?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	4	4%	13	12%
Raczej tak	11	12%	9	8%
Nie mam zdania	1	1%	6	6%
Raczej nie	29	32%	35	32%
Zdecydowanie nie	47	51%	45	42%
Razem	92	100%	108	100%

Osoby, którym zdarzało się naśmiewać z osób niepełnosprawnych zostały zapytane o powód. Najwięcej osób, w ilości 38% odpowiedziało, że wszyscy się z tego śmieją, druga pod względem popularności odpowiedź, którą wybrało 30% respondentów dotyczyła zachowań osób niepełnosprawnych. Wyniki prezentuje Tabela XI.

Tabela XI. Przyczyny naśmiewania się młodzieży z niepełnosprawnych

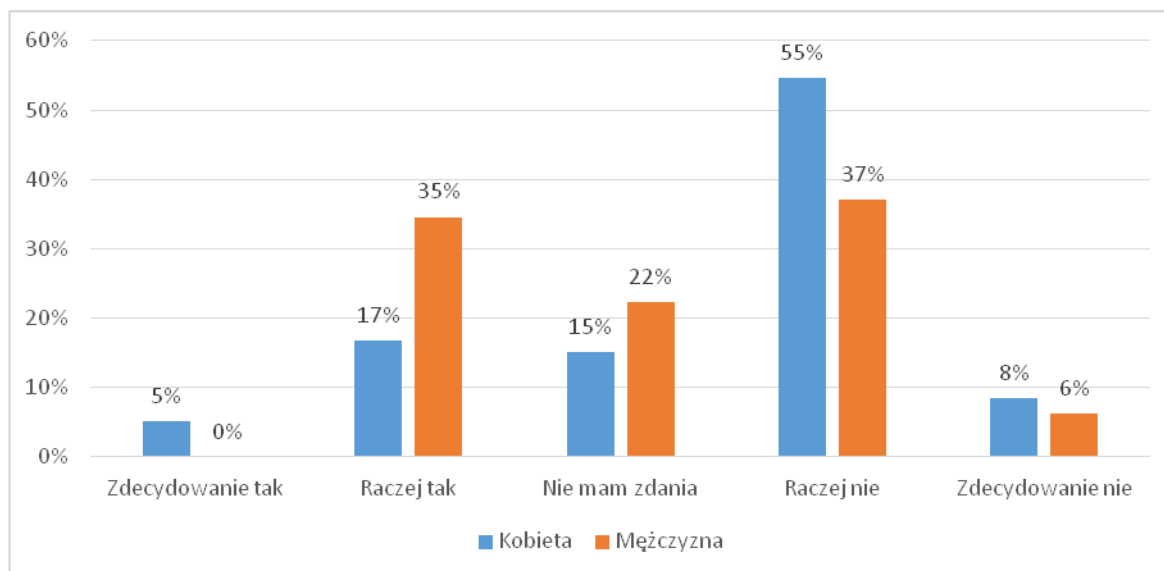
Jeśli w pytaniu zaznaczyłeś/aś „tak” odpowiedz dlaczego?	n	%
Ponieważ wyglądają inaczej	5	14%
Ponieważ zachowują się inaczej	11	30%
Ponieważ mnie irytują	6	16%
Ponieważ wszyscy się z tego śmieją	14	38%
Inne	1	3%
Razem	37	100%

W kolejnym pytaniu respondenci zostali zapytani „Co sądzą o stosunku społeczeństwa wobec osób niepełnosprawnych?” 27% ankietowanych uważa, że stosunek społeczeństwa jest pozytywny, jednak większość, bo aż 56% sądzi, że jest odwrotnie. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 22.



Rycina 22. Opinia młodzieży na temat nastawienia społeczeństwa wobec dotkniętych niepełnosprawnością

Kobiety w 22% stwierdziły, że społeczeństwo jest pozytywnie nastawione wobec osób niepełnosprawnych. Mężczyźni takie samo zdanie wyrazili w 35%. Według 63% kobiet i 43% mężczyzn, społeczeństwo jest negatywnie nastawione wobec niepełnosprawności i osób nią dotkniętych. Wyniki zostały zaprezentowane na Rycinie 23.



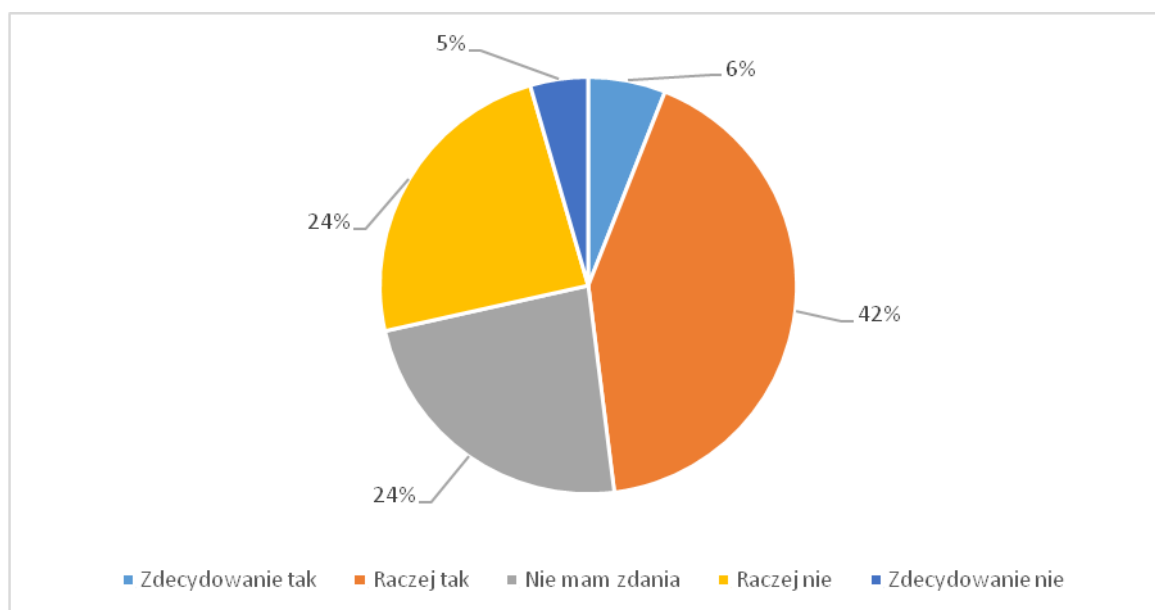
Rycina 23. Opinia młodzieży na temat nastawienia społeczeństwa wobec dotkniętych niepełnosprawnością w zależności od płci

Osoby ze wsi (54%) stwierdzili, że społeczeństwo jest negatywnie nastawione wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością. Takie same zdanie na ten temat miało 56% respondentów zamieszkujących miasta. Wyniki zaprezentowane zostały w Tabeli XII.

Tabela XII. Opinia młodzieży na temat nastawienia społeczeństwa wobec dotkniętych niepełnosprawnością w zależności od miejsca zamieszkania

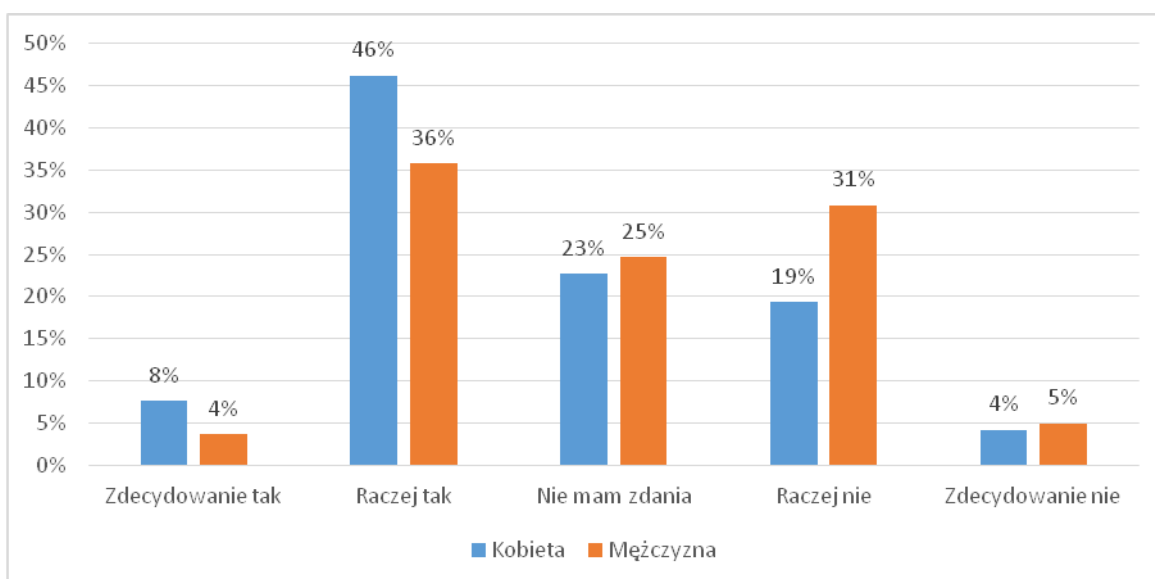
Czy Twoim zdaniem społeczeństwo jest pozytywnie nastawione wobec osób niepełnosprawnych?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	0	0%	6	6%
Raczej tak	26	28%	22	20%
Nie mam zdania	17	18%	19	18%
Raczej nie	41	45%	54	50%
Zdecydowanie nie	8	9%	7	6%
Razem	92	100%	108	100%

48% ankietowanych stwierdziło, że są dyskryminowani przez społeczeństwo, 29% odpowiedziało, że nie uważa, aby niepełnosprawni byli dyskryminowani. Wyniki zostały zaprezentowane na Rycinie 24.



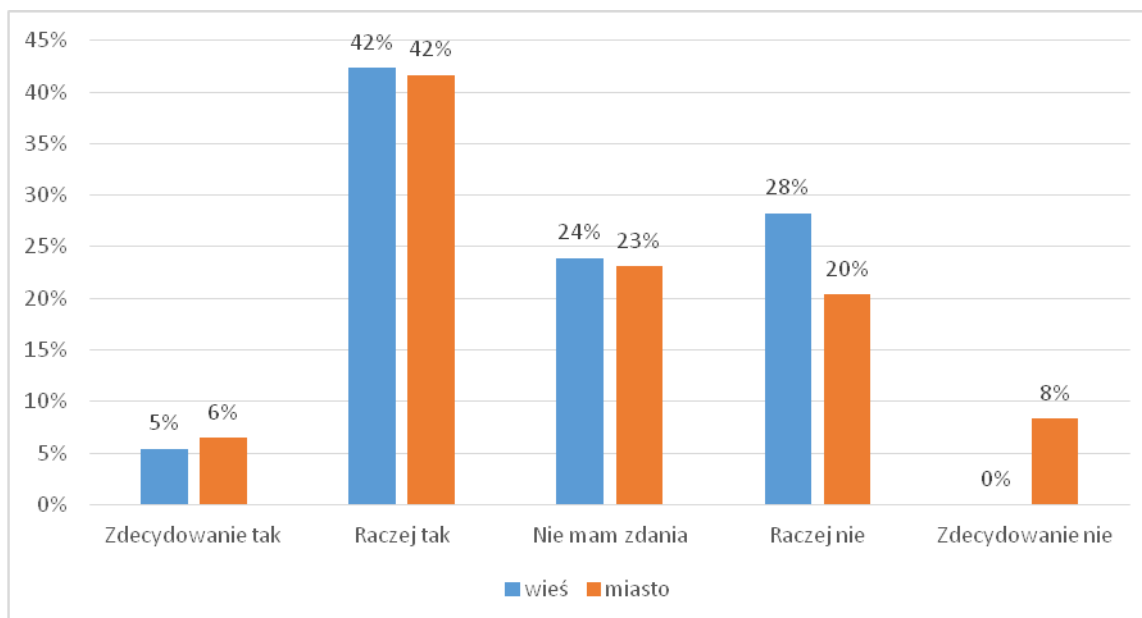
Rycina 24. Opinia respondentów na temat dyskryminacji niepełnosprawnych przez społeczeństwo

Kobiety w 54% uznały, że niepełnosprawni są dyskryminowani przez społeczeństwo, natomiast tylko 40% mężczyzn podzieliło ich zdanie w tej kwestii. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 25.



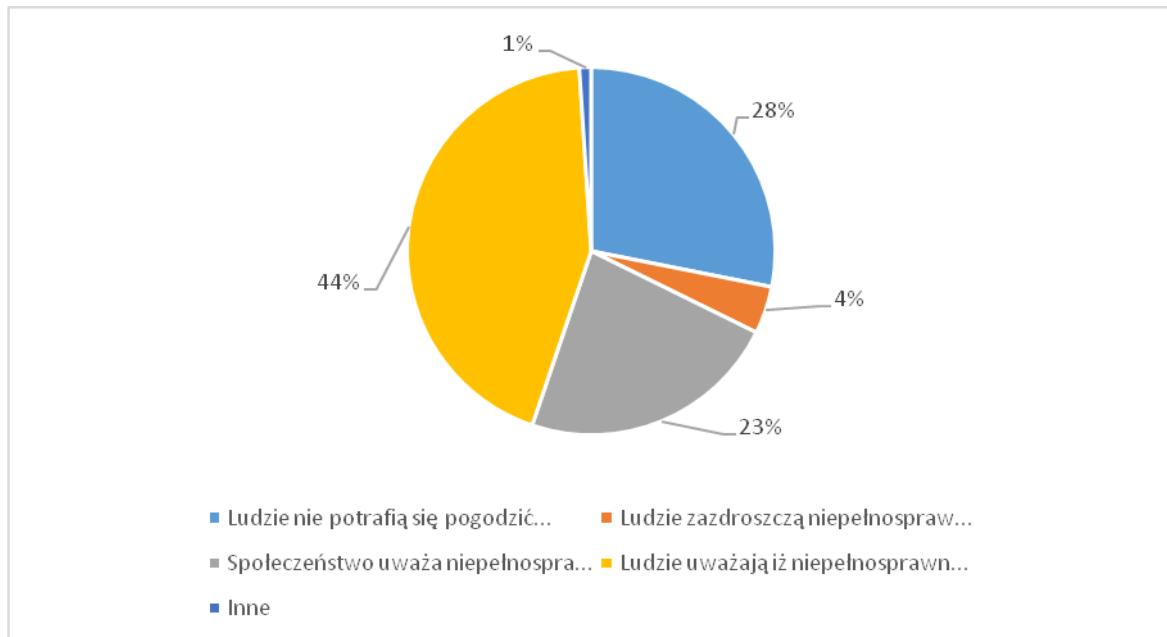
Rycina 25. Opinia respondentów na temat dyskryminacji niepełnosprawnych przez społeczeństwo w zależności od płci

Miejsce zamieszkania nie miało wpływu na odpowiedzi respondentów. Anketowani mieszkający na wsi w 47% uznali, że społeczeństwo dyskryminuje osoby dotknięte niepełnosprawnością. W przypadku respondentów mieszkających w miastach takiej odpowiedzi udzieliło 48% ankietowanych. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 26.



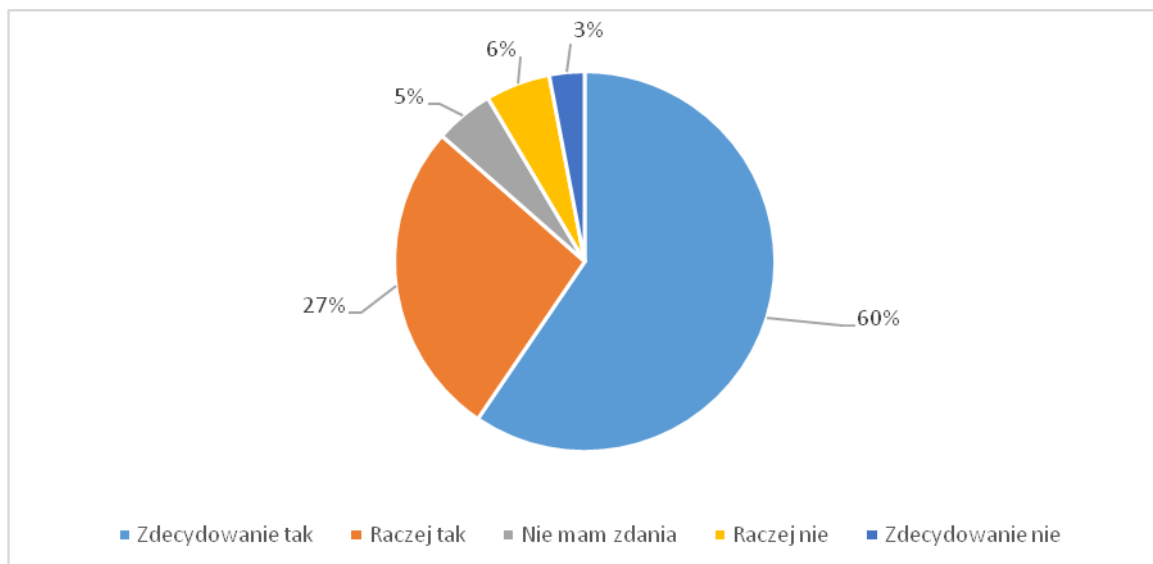
Rycina 26. Opinia respondentów na temat dyskryminacji niepełnosprawnych przez społeczeństwo w zależności od miejsca zamieszkania

W dalszej części ankiety respondenci zostali zapytani „Dlaczego sądzą, że społeczeństwo ma takie podejście do osób niepełnosprawnych?” Odpowiedzi były bardzo podzielone, jednak najwięcej osób (39%) uważało, iż ludzie nie potrafią utożsamiać się osobami dotkniętymi niepełnosprawnością. Druga najczęściej wybierana odpowiedź (38%) mówiła o tym, że społeczeństwo uważa takie osoby, jako gorsze. Odpowiedzi prezentuje Rycina 27.



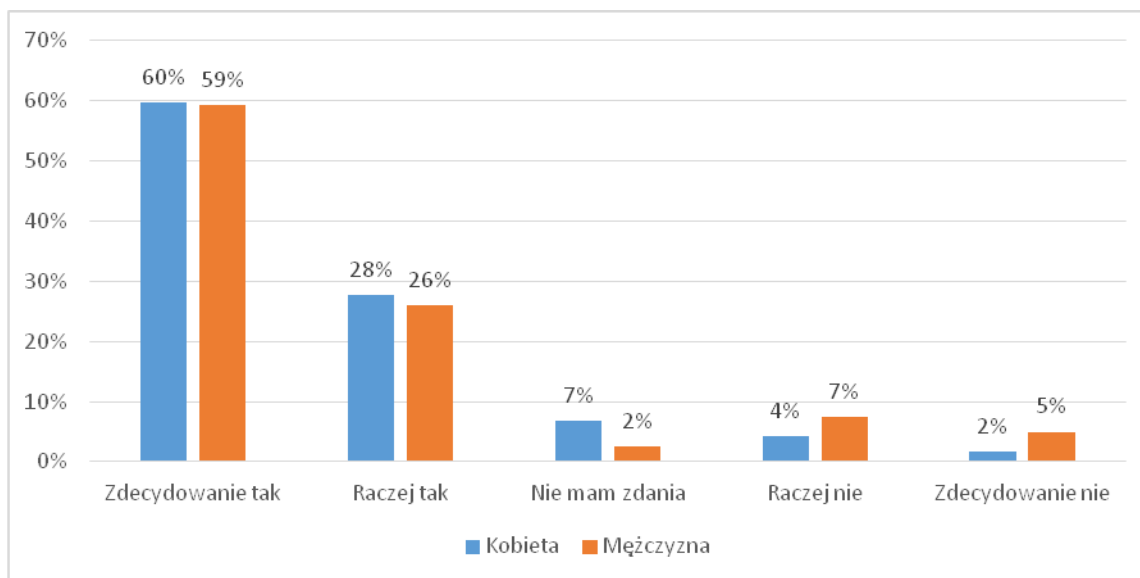
Rycina 27. Przyczyny negatywnego stosunku społeczeństwa wobec niepełnosprawnych według respondentów

W kolejnych pytaniach ankietowani zostali zapytani „Co sądzą na temat pomocy państwa na rzecz niepełnosprawnych?” Zdecydowana większość (87%) wypowiada się w tej kwestii pozytywnie. Odpowiedzi respondentów zamieszczone zostały na Rycinie 28.



Rycina 28. Opinia młodzieży na temat pomocy państwa osobom niepełnosprawnym

Dokonano również podziału ze względu na płeć ankietowanych. Kobiety w 88% uznały, że państwo powinno pomagać osobom niepełnosprawnym. Zdanie na ten temat podzieliło 85% ankietowanych mężczyzn. Odpowiedzi respondentów zamieszczone zostały na Rycinie 29.



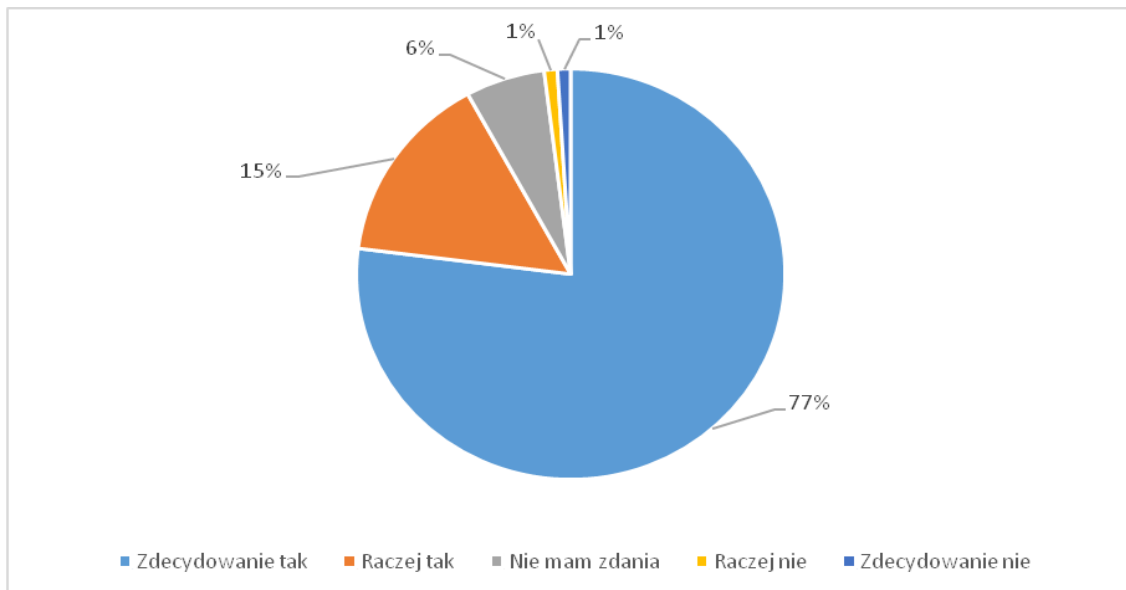
Rycina 29. Opinia młodzieży na temat pomocy państwa osobom niepełnosprawnym w zależności od płci respondentów

Osoby ze wsi w 91% uznały, że państwo powinno pomagać osobom niepełnosprawnym. W przypadku respondentów zamieszkujących miasta odpowiedzi takiej udzieliło 88%. Odpowiedzi zamieszczone zostały w Tabeli XIII.

Tabela XIII. Opinia młodzieży na temat pomocy państwa osobom niepełnosprawnym. Podział ze względu na miejsce zamieszkania ankietowanych

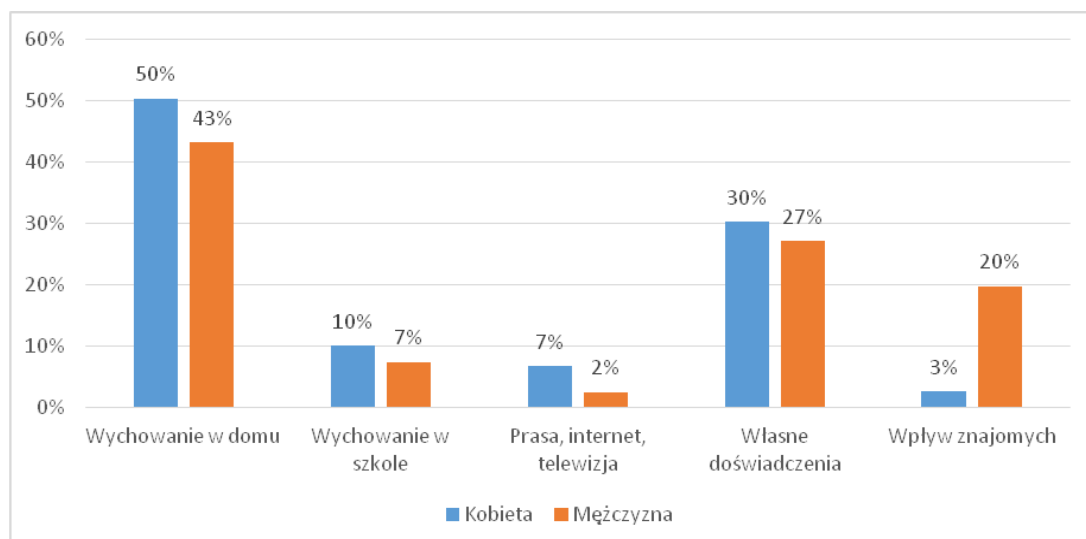
Czy Twoim zdaniem państwo powinno pomagać osobom niepełnosprawnym?	Wieś		Miasto	
	n	%	n	%
Zdecydowanie tak	65	71%	54	50%
Raczej tak	18	20%	36	33%
Nie mam zdania	2	2%	8	7%
Raczej nie	5	5%	6	6%
Zdecydowanie nie	2	2%	4	4%
Razem	92	100%	108	100%

Respondenci zapytani „Czy ich zdaniem miejsca kultu religijnego, szkoły i urzędy powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych?” w 92% odpowiedzieli pozytywnie. Wyniki zaprezentowane zostały na Rycinie 30.



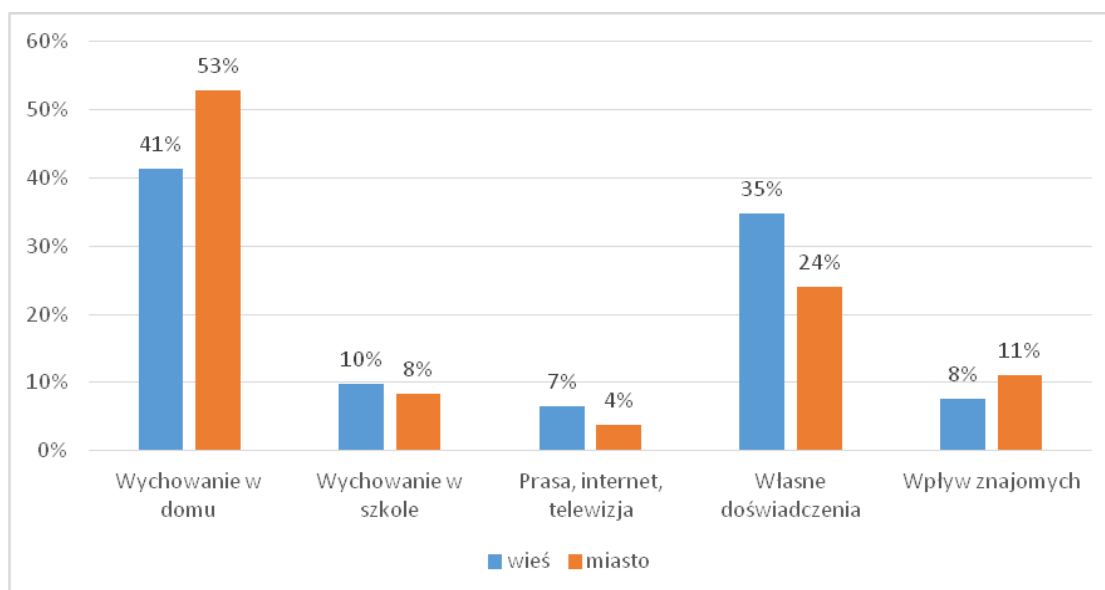
Rycina 30. Opinia respondentów na temat pomocy i dostosowywania miejsc użytku publicznego do potrzeb niepełnosprawnych

Ostatnie pytanie zadane respondentom dotyczyło czynników, które według nich najmocniej kształtują postawy wobec niepełnosprawnych. Według 50% kobiet i 43% mężczyzn było to wychowanie w domu (Rycina 31).



Rycina 31. Czynniki najmocniej kształtujące postawy młodzieży wobec niepełnosprawnych w zależności od płci

Czynnikiem najmocniej kształtującym postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych według 41% respondentów mieszkających we wsi i 53% mieszkańców miast było wychowanie w domu (Rycina 32).



Rycina 32. Czynniki najmocniej kształtujące postawy młodzieży wobec niepełnosprawnych w zależności od miejsca zamieszkania

Dyskusja

Zjawisko niepełnosprawności jest wpisane w funkcjonowanie społeczeństwa w XXI wieku. Na chwilę obecną nie stanowi ono problemu, a zmiany jakie za sobą niesie, wpływają zarówno na rozwój instytucji nakierowanych na opiekę i edukację osób niepełnosprawnych, jak również na kształtowanie postaw wśród osób w pełni sprawnych. Dzięki właściwym i pozytywnym relacjom pomiędzy obiema grupami, możliwe jest wspólne ich funkcjonowanie oparte o zasadę wzajemnego uzupełniania ról społecznych [4].

Zainteresowanie problematyką niepełnosprawności staje się coraz większe i bardziej popularne. Zdecydowanie większym zmianom ulega podejście społeczeństwa do niepełnosprawności, a przede wszystkim postawy wobec ludzi nią dotkniętych. Izolacja i dyskryminacja stają się coraz mniej powszechnym zjawiskiem. Osoby niepełnosprawne mają większe szanse rozwoju oraz normalnego funkcjonowania wśród osób zdrowych. Szczególnie rozwija się sfera edukacji oraz aktywność zawodowa. Przegląd klasycznej i współczesnej literatury przedmiotu na temat postaw wobec osób niepełnosprawnych i ich percepcji w społeczeństwie pokazuje jednak, że nadal jest to zagadnienie złożone i dyskusyjne [2].

Termin „postawa” jest często stosowany w codziennym życiu, jednak nie zawsze używając go jest się w pełni świadomym jego znaczenia. Postawa jest jednym z podstawowych pojęć psychologii społecznej i socjologii. Aktualnie stanowi podstawowe pojęcie psychologiczne. Terminu „postawa” używa się najczęściej w celu nazwania emocji bądź uczuć, jakie towarzyszą w kontaktach z innymi ludźmi [43].

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych zmieniały się na przestrzeni wieków wraz z rozwojem cywilizacji. W zależności od dominujących poglądów społecznych i filozoficznych wobec ludzi z niepełną sprawnością stosowano dyskryminację, izolację lub segregację, a w skrajnych przypadkach nawet eutanazję (w faszystowskim ustroju narodowosocjalistycznym), obecnie zaś popularyzuje się zachowania zmierzające do integracji niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa [4].

Wskazanie podobieństw stanowi podstawę do stworzenia wspólnych warunków życia. Dopiero zmiana wiedzy na temat niepełnosprawności może doprowadzić do zmiany podejścia emocjonalno-oceniającego, zmieniając tym samym postawę społeczną. W toku przeprowadzonych badań stwierdzono, że młodzież odbiera osoby niepełnosprawne w większości pozytywnie. Stwierdzono, że zdecydowana większość (90%) nie uważała osób niepełnosprawnych, jako gorsze od osób zdrowych.

Buchnat stwierdza, że młodzież deklaruje w większości pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych. Według niej najważniejsze jest to, iż poza pewnymi deficytami niepełnosprawni nie różnią się niczym od osób zdrowych [44].

Z kolei badania Rutkowskiej wykazały, iż niewielki odsetek badanej młodzieży deklarował postawy pozytywne wobec osób niepełnosprawnych, natomiast większość badanych przejawiało wobec nich postawy negatywne [45].

Kowalska i Winnicka wskazały, że osoby młode wyrażają pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych i wykazują chęć uczestniczenia z nimi w różnych sytuacjach społecznych, jak na przykład pracowanie z osobami niepełnosprawnymi [46].

Analiza wyników własnych wykazuje, że młodzież surowo oceniła stosunek społeczeństwa wobec niepełnosprawności i osób nią dotkniętych. Bardzo duża liczba osób stwierdziła, że ich sąsiedzi, znajomi i rodzina nie są pozytywnie nastawieni do osób niepełnosprawnych. Winę za to składają na brak kontaktu oraz nieumiejętność zachowania się w obecności osób z niepełnosprawnością.

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje ponadto, iż wielowymiarowość problematyki postaw wobec osób niepełnosprawnych związana jest z szeregiem zróżnicowanych uwarunkowań, wśród których bada się czynniki dotyczące samej osoby niepełnosprawnej, jak

też determinanty społeczne, kulturowe i osobowe. W swoich badaniach Kirenko stwierdza, że młodzież surowo ocenia społeczeństwo i jego stosunek wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością [47].

Goreczny wykazał również korelację między płcią, a poziomem akceptacji osób niepełnosprawnych. Według niego kobiety wykazują wyższy poziom tolerancji, w porównaniu z mężczyznami oraz są bardziej uwrażliwione na potrzeby osób niepełnosprawnych [48].

Płeć w istotnym stopniu determinuje postawy wobec osób niepełnosprawnych. Wyniki badań Gorecznego i wsp. wskazują na to, iż kobiety są bardziej pozytywnie nastawione do osób niepełnosprawnych w porównaniu z mężczyznami [48].

Wyniki badań Kowalskiej sugerują również, że w zakresie płci istnieją różnice w prezentowanych postawach w zakresie poznawczym - kobiety wykazują bardziej pozytywne postawy w porównaniu do mężczyzn, choć różnice w tym zakresie mogą wynikać z odmiennego sposobu formułowania sądów pomiędzy płciami [49].

Buchnat również wykazała nieznaczną zależność między płcią, a postawami wobec osób niepełnosprawnych. Kobiety wykazały się większą tolerancją w stosunku do osób niepełnosprawnych, niż mężczyźni. Częściej deklarowały chęć pomocy, opieki. Nie były to jednak znaczące rozbieżności [44].

Wyniki przeprowadzone w naszych badaniach wykazały, iż miejsce zamieszkania nie miało istotnego wpływu na stosunek młodzieży wobec problemu niepełnosprawności.

O roli miejsca zamieszkania w kształtowaniu postaw wobec osób niepełnosprawnych wspomniano w literaturze wielokrotnie [49]. Podkreślano znaczne różnice między mieszkańcami wsi i miasta. W środowisku wiejskim postrzegano osoby niepełnosprawne, jako mogące zagrażać i będące nieprzewidywalne w zachowaniu. Badania prowadzone kilkanaście lat później przez Sękowskiego wykazały, że bardziej pozytywne postawy są charakterystyczne dla środowiska miejskiego w porównaniu do środowiska wiejskiego, chociaż te różnice stopniowo się zmniejszają w wyniku dokonujących się przemian społeczno-kulturowych [49].

Według analizy wyników, do akceptacji niepełnosprawności najważniejsze jest wychowanie w domu i własne doświadczenia. Dlatego im wcześniej rodzice i nauczyciele zaczną kształtować postawy dzieci, tym lepiej zaprognozują one w przyszłości. Powyższe doniesienia skłaniają do refleksji, iż to m.in. osoby dorosłe w dużej mierze przez swoje poglądy i zachowania kształtują postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych.

Buchnat uważa również, że sama wiedza na temat niepełnosprawności nie jest wystarczająca. Najważniejszymi aspektami jest wychowanie w domu, przekaz instytucji oraz mass mediów [45].

Zdaniem Kossewskiej postawy wobec niepełnosprawnych przenoszone są z pokolenia na pokolenie, a ich modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie, dlatego najlepszym momentem dla rozpoczęcia integracji jest najwcześniejszy okres edukacji przedszkolnej i szkolnej. Uważa ona, że negatywne postawy wobec niepełnosprawnych wynikają z braku doświadczenia i kontaktu z osobami niepełnosprawnymi. Cechy te mogą być niewykształcone ze względu na młody wiek oraz niskie wykształcenie. Badania wykazują, że im osoby młodsze, bądź mniej wykształcone, tym ich poziom tolerancji jest niższy [50].

Spółeczeństwo w miarę postępu czasu staje się coraz bardziej pozytywnie nastawione wobec osób dotkniętych niepełnosprawnością, jednak pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Nie jest to całkowita wina usposobienia, ale także środowiska, wychowania i wpływu środków masowego przekazu.

Wnioski

W toku przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Młodzież jest w większości pozytywnie nastawiona wobec niepełnosprawnych.
2. Płeć ma wpływ na poziom tolerancji. Mężczyźni są mniej empatyczni wobec niepełnosprawnych.
3. Miejsce zamieszkania nie wpływa na poziom tolerancji wobec osób niepełnosprawnych.
4. Ankietowani jednak uważają, że ich rówieśnicy nie chcieliby uczyć się z osobami chorymi, ani współpracować z takimi ludźmi w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. Kiwerski J.E.: Fizjoterapia ogólna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
2. Garbat M.: Definiowanie niepełnosprawności. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2014, I, 3-12.
3. Garbat M.: Społeczne i ekonomiczne modele niepełnosprawności. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2013, I, 15-26.

4. Rzeźnicka- Krupa J.: Niepełnosprawność w perspektywie społeczno-kulturowej. Człowiek- niepełnosprawność- społeczeństwo, 2012, 2, 7-21.
5. Chudobski T.: Uregulowania prawne dotyczące osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym. Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
6. Bickenbach J. E., Chatterji S., Badley E. M.: Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Social Science & Medicine, 2009, 48 (9), 1173-1187.
7. Kwolk A.: Rehabilitacja medyczna. Wydawnictwo Elsevier Urban &Partner, Wrocław 2012, 298-300.
8. Wilmowska- Pietruszyńska A., Bilski D.: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Niepełnosprawność- zagadnienia, problemy, rozwiązania, Warszawa 2013.
9. Migas A.: Aspiracje życiowe i bariery osób z niepełnosprawnością motoryczną. Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2007, 2, 50-70.
10. Pawłowska- Cyprasiak K.: Uwarunkowania jakości życia osób z niepełnosprawnością ruchową. Bezpieczeństwo pracy: nauka i praktyka, 2011, 10, 6-8.
11. Gajdzica Z.: Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych. Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2009.
12. Baczała D.: Niepełnosprawność intelektualna a kompetencje społeczne. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2012.
13. Kirenko J.: Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
14. World Health Organization International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, 2009, Volume II, 8-10.
15. Krause A., Zyta A., Nosarzewska S.: Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2010.
16. Liberski P., Papierz W.: Neuropatologia Mossakowskiego. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
17. Małolepsza K.: Znaczenie rehabilitacji w chorobach układu oddechowego. Przewodnik Lekarza, 2011, 4-6, 112-113.

18. Mizia- Stec K.: Układ sercowo- naczyniowy [w:] Patofizjologia Kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny, Zachorska- Markiewicz B. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2009, 196-202.
19. Brzuzy G.: Edukacja zdrowotna, a jakość życia osób z uszkodzonym wzrokiem. Wychowanie na co dzień, 2012, 1-2, 28-32.
20. Wrześcińska M., Tarnaski M., Kocur J.: Jakość życia, a samoocena osób z niepełnosprawnością wzrokową uczestniczących w zorganizowanych formach aktywności ruchowej. Wychowanie Fizyczne i Sport, 2008, 3, 129-132.
21. Kramarz J.: Być niewidomym. Niepełnosprawność i Rehabilitacja, 2009, 1, 55-59.
22. Marek B.: Świat bez wzroku: Czy uczeń niewidomy to uczeń niepełnosprawny? Języki obce w szkole, 2011, 7, 28-32.
23. Szczepankowski B.: Niestyszący- Głusi- Głuchoniemi wyrównanie szans. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 2009.
24. Brzezińska A. I., Kaczan R., Smoczyńska K.: Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
25. Meyer R.: Psychopatologia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
26. Ostaszewski K.: Chorzy Psychiczenie w społeczeństwie [w:] Edukacja zdrowotna, Woynarowska B. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007, 471-482.
27. Wolski P.: Znaczenie czasu w procesie radzenia sobie ze stratą sprawności. Czasopismo Psychologiczne, 2010, 16, 2, 163-172.
28. Chojnacka- Szawłowska G.: Psychologiczne aspekty chorób somatycznych. Wydawnictwo Vizja Press, Warszawa 2012.
29. Kłosiewicz- Latoszek L.: Otyłość jako problem społeczny, zdrowotny i leczniczy. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 91-93, 339-341.
30. Pacholczyk M., Ferenc T., Kowalski J.: Zespół metaboliczny: Definicje i kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego. Epidemiologia oraz związek z ryzykiem chorób sercowo- naczyniowych i cukrzycy typu 2. Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2008, 62, 530-542.
31. Pieciewicz- Szczęsna H., Panasiuk L., Sobieszcański J. i wsp.: Znaczenie definicji zdrowia w definiowaniu niepełnosprawności. Zdrowie i niepełnosprawność- problemy w definiowaniu, 2013, 3-12, 215-228.
32. <http://www.niepelnospawni.gov.pl/dane-statystyczne/dane-demograficzne/>[dostęp: 06.12.2015]

33. Wiktor K., Drozdowska B., Czekajło A., Hebel R.: Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2010, 5-6, 76-81.
34. Brzezińska A. I., Kaczan R., Smoczyńska K.: *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
35. Kamusińska E., Strzyż M.: Wpływ niepełnosprawności ruchowej na funkcjonowanie rodziny. *Studia Medyczne*, 2013, 29-1, 73-82.
36. Ogryzko-Wiewiórowska H. *Wsparcie społeczne [w:] Filozofia i teoria pielęgniarstwa*, Górajek- Józwiak J. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
37. Gajdzica Z.: *Problemy edukacji, rehabilitacji i socjalizacji osób niepełnosprawnych*. Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2009.
38. Krause A., Zyta A., Nosarzewska S.: *Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2010.
39. Larkowa H.: *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Wydawnictwo WSiP, Częstochowa 1987.
40. Szyszka M.: Osoby niepełnosprawne w społecznym odbiorze. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2013, 4, 17-25.
41. Krause A., Zyta A., Nosarzewska S.: *Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2010.
42. Florek- Łuszczki M., Lachowski S.: Działanie instytucjonalne na rzecz osób niepełnosprawnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19-4, 480-484.
43. Kirenko J.: *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
44. Buchnat M.: Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych. *Nasze Forum*, 2008, 1-2, 29-30.
45. Rutkowska E.: Postawy społeczne młodzieży wobec osób niepełnosprawnych. *Zdrowie Publiczne*, 2000, 12, 67-80.
46. Kowalska J., Winnicka J.: Attitudes of undergraduate students towards person with disabilities; the role of the need for social approval. *Polish Psychological Bulletin*, 2013, 44-1, 40-49.
47. Kirenko J.: *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*. Wydawnictwo WSUPiZ, Lublin 2002.
48. Goreczny A., Hersen M.: *Handbook of pediatric and adolescent health psychology*. Allyn and Bacon, Boston 1999.

49. Kossewska J.: Uwarunkowania postaw. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2010.
50. Shelkey M., Mason V., Wallace M.: Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, Try This: New York University College of Nursing, 2012.
51. Graf C.: The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale, Try This: New York University College of Nursing, 2013.
52. Mahoney F. I., Barthel D. W. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, 2009, 14, 61–65.

Duda Katarzyna¹, Kowalewska Beata²

1. Absolwentka studiów I stopnia kierunku Fizjoterapia,
Instytut Medyczny Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Wydział Nauko Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ aktywności fizycznej na jakość życia seniorów

Wstęp

Jednym z czynników wpływających na jakość życia bez wątpienia jest aktywność fizyczna, która m.in. dotyczy podejmowanych w ramach wypoczynku czynnego różnego rodzaju zabaw, ćwiczeń, czy też amatorskiego uprawiania różnych dyscyplin sportu. Tego typu aktywności fizyczne dokonywane są w różnych celach: dla przyjemności, rekreacji, a także w celu utrzymania zdrowia, polepszenia zdolności wysiłkowej lub też zdobywania specjalnych sprawności i umiejętności fizycznych. Takie zachowania prozdrowotne należą do prewencji powstawania różnych chorób cywilizacyjnych [1]. Zaznacza się, że aktywność fizyczna powinna towarzyszyć człowiekowi przez całe życie, dlatego tak istotne jest propagowanie kultury fizycznej nie tylko wśród dzieci, ale i wśród osób dorastających, ponieważ daje to podstawy kontynuacji zachowań prozdrowotnych w dorosłym życiu [2].

Umiarkowana aktywność fizyczna, połączona z elementem walki i konkurencji, ma pozytywne oddziaływanie na zdrowie fizyczne, poczucie szczęścia i ogólną jakość życia. Wiele osób czynnych zawodowo ma bardzo nieaktywny tryb pracy, głównie jest to praca siedząca, która wymaga stałego dostępu do komputera. Natomiast w czasie wolnym osoby te często nie korzystają z takich form aktywności, jak fitness czy basen, ponieważ uważają to za nudne i nie mogą się zmobilizować do regularnych ćwiczeń. Sporty partnerskie czy grupowe, np. tenis wymagają odnalezienia odpowiedniego partnera, dostosowania grafiku, a także już pewnych zdolności, żeby ich uprawianie dawało przyjemność. Inną opcją dla tych osób mogą być wybrane sporty walki, które zawierają zarówno element ogólnej aktywności ruchowej, łączą elementy sportu towarzyskiego z elementami walki, a także w powszechnym odczuciu społecznym mają pozytywny wymiar umiejętności samoobrony [3].

Określenie jakości życia jest wykorzystywane w różnych naukach. Jakość życia badana jest w zależności od dziedziny życia i czynników, które na nią wpływają. Głównie

pod uwagę bierze się takie czynniki, jak stan zdrowia, satysfakcja z życia, poczucie szczęścia, dostosowanie psychospołeczne, dobrostan czy aktywność ruchową [4]. Jakość życia posiada związek z ogólnym poczuciem zdrowia interpretowanym zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO). WHO określa zdrowie następująco: „*zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego a nie tylko brakiem choroby czy kalectwa*” [5]. Zdrowie jest więc terminem, dotyczącym zasobów osobistych i społecznych oraz możliwości fizycznych, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności. Z tego powodu też można powiedzieć, iż jakość życia to określenie subiektywne danej osoby, uzależnione od jej pozycji życiowej i przyjętych systemów wartości, zależne także od stawianych celów, osiągnięć, wzorców i zainteresowań [6]. Rozumienie jakości życia jest więc zależne nie tylko od kondycji zdrowia fizycznego i psychicznego, samodzielności, relacji społecznych, czynników środowiska, ale również od indywidualnej postawy danej osoby.

Aczkolwiek wspomniana powyżej definicja zdrowia WHO z 1946 roku wyraźnie odnosi się do jakości życia, jednakże badania na ten temat rozpoczęto całkiem niedawno, bowiem dopiero w latach 90. ubiegłego stulecia zapoczątkowano systematyczne studia w tej dziedzinie [7, 8]. Dziś mamy świadomość tego, że badania te powinny zawierać między innymi stopień zadowolenia ze stanu zdrowia oraz z życia rodzinnego, stosunków towarzyskich, życia zawodowego, uzyskanego wykształcenia, realizowanej specjalności czy uniwersalnych norm mających działanie na jakość życia w obrębie miejscowej społeczności, na co uwagę zwracają także polscy badacze [9, 10].

Na jakość życia rzutują czynniki obiektywne i subiektywne. Do czynników obiektywnych możemy zaliczyć np. stan zdrowia, natomiast w przypadku osoby chorej również obraz kliniczny jednostki chorobowej, stwierdzony przez personel medyczny. Istotna jest także pozycja społeczno-ekonomiczna takiej osoby. Czynniki subiektywne to np. czynniki społeczne, fizyczne, psychiczne, a także międzyludzkie. Działanie poszczególnych czynników subiektywnych na wypadkową ocenę jakości życia jest bardzo spersonalizowane, wobec tego zależy od nastawienia danej osoby. Z tego powodu w ostatnich latach tak wiele uwagi poświęca się medycynie opartej na przewidywaniu, przeciwdziałaniu i indywidualnym podejściu do pacjenta (tzw. medycyna PPM Predictive, Preventive and Personalized Medicine [11, 12]. Przy tym ważną funkcję pełni promocja zdrowia i profilaktyka, między innymi poprzez aktywność fizyczną, na co zwraca się uwagę w wielu oficjalnych dokumentach np. Komisji Europejskiej (Biała księga na temat sportu, 2007) [13].

Większa część badań nad jakością życia odnosi się do oceny jakości życia osób chorujących na jakąś chorobę. Badana jest jakość życia pacjentów onkologicznych, cierpiących na cukrzycę, na choroby układu krążenia, po zawałach itp. Nie sposób wyszczególnić wszystkie publikacje, które ukazały się w ostatnim czasie a zajmowały powyższą tematyką w różnych aspektach. Dość powiedzieć, iż w bazie PubMed w lutym 2014 roku pod hasłem *quality of life* widniało łącznie 215 180 publikacji. Co roku ich liczba gwałtownie wzrasta. O ile w roku 1970 wydano 12 prac, a w roku 1980 - 398, to w roku 1990 było 1 739 publikacji, natomiast w 2013 ukazało się ich 20 728 prac. W badaniach sondażowych osób chorych analizuje się jakość życia zależną od zdrowia tzw. HRQOL (*Health-related Quality of Life*). HRQOL skupia się na przebiegu choroby, jej następstwach, a także wynikach leczenia. Przy tym wykorzystywane są różnego rodzaju ankiety ogólne np. EuroQOL (EQ-5D), Sickness Impact Profile (SIP), World Health Organization Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL) oraz International Quality of Life Assessment (IQOLA) SF-36 Health Survey [14, 15, 16].

Przygotowywane są również różne kwestionariusze szczegółowe, odnoszące się do konkretnych jednostek chorobowych. Wielu uczonych zwraca też uwagę, że trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które skale i w jakich przypadkach powinny być wykorzystywane [17]. W 2008 roku naukowcy australijscy Narelle Borrott i Robert Bush dokonali wnikliwej analizy różnych skal w odniesieniu do cierpiących na cukrzycę typu 2 i doszli do wniosku, że skale ogólne mogą być tak samo miarodajne, jak i skale specyficzne [18].

Badania jakości życia mogą być realizowane także poprzez analizę dostępnych danych statystycznych, jak np. w przypadku wskaźnika jakości życia, który wszedł do sfery makroekonomicznej. Wyznacznik ten, wdrożony w 2005 przez brytyjski tygodnik *The Economist*, umożliwia porównanie jakości życia mieszkańców różnych państw czy regionów, przy czym pod uwagę bierze się następujące czynniki: sytuacja materialna (PKB), zdrowie (średnia oczekiwana długość życia), ocena stabilności politycznej i bezpieczeństwa, wskaźnik rozwodów, życie wspólnotowe (religijne, związkowe), klimat, stopa bezrobocia, wolność polityczna, jak też równość płci. Dane te rozpowszechniane są co roku, tymczasem pochodzą z różnych zestawień statystycznych (nie są to dane pozyskiwane za pomocą badań sondażowych).

W ostatnich latach przeprowadza się też badania jakości życia w populacji osób zdrowych, rozpatrując różne czynniki, jak np. styl życia, formy spędzania wolnego czasu czy też sytuację socjoekonomiczną. Niektóre badania, rozważające poczucie szczęścia, wskazują na przewagę aktywności fizycznej nad innymi formami spędzania wolnego czasu. Hills i

Argyle testowali poczucie szczęścia u 275 osób w czterech grupach obserwacyjnych, u osób, które w czasie wolnym oddawały się zajęciom sportowym, osób, które słuchały muzyki, chodziły często do kościoła bądź oglądały proste programy telewizyjne. Posługując się skalą oksfordzką (Oxford Happiness Inventory - OHI) dowiedli, że najszczęśliwszą grupą osób są osoby uprawiające sport [19]. Taki rezultat może być też związany z wiekiem, albowiem była to grupa najmłodsza. Badania takie obejmują często duże wspólnoty, tymczasem ich wyniki znajdują odzwierciedlenie m.in. w prozdrowotnej polityce państwa, zwłaszcza w krajach o wysokim stopniu zagrożenia depresją (jak np. w Skandynawii). Takie badania dokonywano np. w Finlandii, wykazując mniejszy poziom zagrożenia depresją i wyższe poczucie szczęścia u osób uprawiających sport, chociaż 2–3 razy w tygodniu [20].

Analizując poczucie jakości życia u bliźniąt uprawiających aktywność fizyczną i nieuprawiających sportów, ponadto wykazano wyższą jakość życia osób, które w chwilach wolnych uprawiały aktywność fizyczną [21]. Co ciekawe, preferowana jest umiarkowana aktywność fizyczna, bowiem stwierdzono, iż u osób intensywnie ćwiczących jakość życia porównywalna jest z jakością życia osób nieuprawiających żadnej aktywności fizycznej [22, 23].

Wiele badań dokonanych w ostatnich latach odnosi się także do zawodowych sportowców. Ukazują się prace, które rozpatrują jakość życia byłych sportowców wyczynowych. W badaniach jakości życia byłych wyczynowych tenisistów stołowych dowiedziono, że mają oni wysoką jakość życia oraz poczucie satysfakcji życiowej [24]. Wiele prac związanych jest z zestawieniem jakości życia sportowców wyczynowych i amatorów, podkreślając, że jakość życia zależy od poziomu współzawodnictwa [25]. Z tym faktem wiąże się również wyniki badań sygnalizujące, iż jakość życia sportowców zależy od płci, na korzyść mężczyzn [26]. Odmienne badania skupiają się na porównaniu jakości życia sportowców niepełnosprawnych oraz osób niepełnosprawnych, nieuprawiających sportu [27]. Porównuje się także jakość życia sportowców zawodowych i amatorów, wskazując na wyższą jakość życia osób, które bardziej narażone są na zastrzoną konkurencję [28].

Pojęcie „dysfunkcja” nie jest jednoznaczne z rozpoznaniem klinicznym, lecz charakteryzuje ogólnie rodzaj zaburzeń czynności danego układu bądź narządu. W świetle tej definicji dysfunkcja może istnieć tylko jako objaw jakiegoś schorzenia. Blisko z tą definicją pozostaje termin „niepełnosprawność”. Może być ona analizowana w różnych aspektach. Dysfunkcje są skutkiem uszkodzeń i w przypadku narządu ruchu mogą one posiadać charakter wrodzony bądź nabyty, a ich wynikiem może być dysfunkcja przejściowa czy też trwała. W celu sporządzania optymalnych programów rehabilitacji najważniejsza jest

znajomość podstawowej problematyki klinicznej, która umożliwi ocenę stanu faktycznego w wyniku badania oraz przewidywania postępu i następstw schorzenia z ewentualnym stopniem niepełnosprawności [29].

Uszkodzenia narządu ruchu można kategoryzować na wrodzone i nabyte. Do pierwszej grupy wliczamy te wady, które wywołane są czynnikami wewnątrzpochodnymi, takimi jak np.: nieprawidłowości w chromosomach, czy też zewnątrzpochodnymi, które naruszają rozwijający się płód. Są to takie czynniki jak: niedotlenienie, wpływy toksyczne, infekcje, promieniowanie jonizujące czy też braki pokarmowe. Uszkodzenia nabyte – kalectwa zaistniałe w pewnym etapie życia człowieka – to przede wszystkim inwalidztwa pourazowe, m.in. zniekształcenia po złamaniach, zwichnięciach, uszkodzeniach ścięgien, więzadeł, mięśni i skóry, przykurcze, martwice kości, amputacje, ponadto kalectwa wywołane czynnikami chorobowymi. Uszkodzenia aparatu ruchowego można także różnicować w następujący sposób:

- dysfunkcje pochodzenia mózgowego, np.: porażenia, niedowłady po wylewach
- dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego będące następstwem np. choroby Heinego – Medina
- dysfunkcje układu kostno – stawowego, np.: zwichnięcia stawu biodrowego, schorzenia reumatyczne
- braki kończyn, wrodzone lub na skutek amputacji [30].

Problemy ludzi z uszkodzonym narządem ruchu wypływają z ich fizycznej odrębności, która dotyczy wyglądu zewnętrznego oraz sprawności motorycznej. Odrębność ta posiada charakter negatywny, to znaczy, że polega na braku bądź deformacji kończyn, względnie w zmianach w kręgosłupie wiąże się ze spadkiem sprawności ruchowej. Te dwa aspekty fizycznego inwalidztwa są przeważnie sprzężone ze sobą, to znaczy im bardziej rozległe, a tym samym bardziej widoczne kalectwo, tym większe obniżenie sprawności. Istotne jest również to, że uszkodzenia narządu ruchu wiążą się wielokrotnie z dolegliwościami bólowymi, będącymi konsekwencją samego uszkodzenia lub towarzyszącymi leczeniu usprawniającemu. Czynności motoryczne zazwyczaj pośredniczą w zaspokajaniu potrzeb i spełnianiu zadań bezpośrednio z motoryką nie związanych. Z tego też powodu niepełna sprawność narządów ruchu przeważa o bardzo swoistym charakterze relacji człowiek –świat. Wynika to stąd, że kalectwo będące przeszkodą w prawidłowym

realizowaniu dążeń sprawia, że funkcjonowanie może stać się w mniejszym lub większym stopniu zakłócone [30].

Zdolności ruchowe człowieka są przejawem jego zdrowia, lecz aktywność ruchowa jest jednocześnie istotnym czynnikiem wpływającym na jego stan. Niektóre formy ruchowe kształtują niezbędną w życiu sprawność, inne natomiast wydolność potrzebną w różnych sytuacjach życiowych oraz wytrzymałość. Radzenie sobie w życiu jest zaś kluczowym warunkiem wyzbycia się stresów. Aktywność fizyczna stanowi istotny element zdrowego trybu życia, który wpływa bezpośrednio bądź pośrednio na inne składniki stylu życia. Osoby ćwiczące systematycznie, z reguły lepiej się odżywiają, kontrolują wagę swego ciała, lepiej śpią, lepiej radzą sobie w stresowych sytuacjach, zazwyczaj nie palą papierosów i nie nadużywają innych używek (tj. kawy, alkoholu itp.). Natomiast przeciwnie- niedostateczny ruch, obok wielu innych negatywnych następstw zdrowotnych prowadzi do obniżenia wydolności fizycznej, powstania przewlekłego zmęczenia, stanów nerwicowych, złego samopoczucia oraz powstawania chorób cywilizacyjnych. Nawet jednokrotnie wykonywane ćwiczenia przynoszą określony wpływ na organizm, który zależy jest od ich rodzaju. Jednak, by wpływ ćwiczeń na stan zdrowia był wyraźny, muszą być one wielokrotnie kontynuowane i powtarzane. Chodzi tu nie tylko o podtrzymywanie sprawności i jej poprawę, ale przede wszystkim o to, by ruch stanowił dostatecznie silny bodziec uruchamiający reakcje adaptacyjne organizmu. Kontynuowanie pojedynczych wysiłków określa się mianem treningu. Trening jest natomiast procesem przyczyniającym się do szeregu zmian adaptacyjnych w organizmie, rozwijających się w jego toku i pod jego wpływem, określanych zazwyczaj jako zmiany potreningowe. Aby uzyskać oczekiwane zmiany konieczne są odpowiednio duże obciążenia ćwiczeniami (odpowiednio duża ich intensywność), w przeciwnym wypadku nie prowadzą do właściwych reakcji fizjologicznych. Dlatego też stosuje się obciążenia zbliżone do możliwości człowieka (maksymalne i submaksymalne), a punktem wyjścia jest określenie tych indywidualnych możliwości (postawienie diagnozy). W zależności od cechy jaka ma być kształtowana, na jaki układ chcemy zadziałać oraz w jaki sposób dobiera się odpowiednie ćwiczenia, ich intensywność i inne parametry łączone są zwykle w określoną metodę postępowania (dobiera się metodę jako sposób postępowania). Dlatego bowiem, zanim zacznie się rozpatrywać konkretne ćwiczenia stosowane w kinezyterapii i ich wartość, trzeba ogólnie wiedzieć, jak dany ruch wpływa na poszczególne układy organizmu człowieka [31].

Organizm ludzki, odpowiadając na bodźce ruchowe, rozwija się i doskonali. Korzyści te są szczególnie widoczne w obrębie aparatu ruchu. Mówi się nawet, że ćwiczenia działają

kształtująco, co ma szczególne znaczenie w okresie intensywnego rozwoju. W układzie mięśniowym, na skutek ćwiczeń, na korzyść zmienia się przede wszystkim siła i masa mięśni oraz ich wytrzymałość. Silne i wytrzymałe mięśnie umożliwiają pokonywanie obciążeń zewnętrznych i wykonywanie różnych czynności bez większego wysiłku. Chronią szkielet przed nadmiernymi przeciążeniami, poprawiają stabilność stawów, a aparat torebkowo-więzadłowy chronią przed uszkodzeniem. Aby ćwiczenia faktycznie wywierały wpływ na mięśnie, obciążenia treningowe (opór) muszą być dostatecznie duże, natomiast kształtowanie ich wytrzymałości wymaga dostatecznej liczby powtórzeń (czasu ćwiczeń). Dlatego bowiem wypracowano wiele metod treningu mięśniowego, które ukierunkowane są na poprawę różnych właściwości mięśni.

Drugim układem szczególnie podatnym na wpływ ćwiczeń ruchowych jest układ kostno-stawowy. Ćwiczenia zwiększają wytrzymałość kości oraz kształtują (modelują) powierzchnie stawowe. Głównym czynnikiem oddziaływującym na stan tkanki kostnej jest właściwe obciążanie mechaniczne, prowadzące do powstania tzw. prądów piezoelektrycznych. Wysiłek fizyczny oddziałuje na tę tkankę poprzez powodowanie naprężeń mechanicznych- zarówno grawitacyjnych, jak i pochodzenia mięśniowego, oddziałujących na szkielet pozaosiowo. Odpowiednio duże naprężenie pobudza budowę kości. Dlatego bowiem tam, gdzie działanie ma być ukierunkowane na tkankę kostną, decydującą rolę odgrywają ćwiczenia, podczas których dochodzi do obciążania szkieletu [32].

W związku ze znacznym ograniczaniem aktywności ruchowej, współczesnego człowieka określa się mianem homo sedentarius. Dla przykładu można podać, że statystyczny obywatel naszego kraju czynnie uprawiając sport poświęca średnio 2 minuty dziennie, podczas gdy około półtorej godziny spędza przed telewizorem. Taki stan sprzyja rozwojowi chorób cywilizacyjnych, do których zalicza się przede wszystkim stresy, otyłość, schorzenia kardiologiczne, przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa czy osteoporozę. Ponadto dochodzi do wzrostu liczby wypadków (szczególnie komunikacyjnych i przemysłowych), a tym samym- uszkodzeń ciała i ich następstw, co sprzyja dalszemu ograniczaniu aktywności fizycznej. Zmniejszenie aktywności ruchowej (hipokinezja) związane jest nie tylko z wygodnym stylem życia. Zazwyczaj dochodzi do tego na skutek różnorodnych schorzeń, niekiedy nawet w postaci całkowitego bezruchu (akinezja). Ten ostatni stan może mieć charakter ogólny, gdy dotyczy całego ciała, bądź miejscowy, gdy dotyczy tylko jakiegoś odcinka ciała. Konsekwencje tego są odmienne- ogólnoustrojowe bądź lokalne. Warto zaznaczyć, iż o ile kształtowanie jakiejś umiejętności ruchowej lub doskonalenie jakiejś zdolności motorycznej wymaga przeważnie długiego okresu czasu, o tyle skutki akinezji

pojawiają się dość szybko, niektóre nawet po kilku dniach bezruchu. Konieczne staje się zapobieganie skutkom bezruchu lub powodowanie, aby były one możliwie jak najmniejsze, ponieważ sytuacja ta stwarza konieczność naprawy zaistniałych szkód, głównie na drodze zmudnego i długotrwałego treningu (usprawniania). Ogólnoustrojowe skutki hipo- i akinezji dotyczą praktycznie wszystkich układów, ale na pierwszym miejscu wymienia się zwykle układ krążenia, gdzie dochodzi do zmian w obrębie serca, jak i krążenia obwodowego. Unieruchomienie przyczynia się także do zaburzeń funkcjonowania układu oddechowego. Zwykle widoczne jest upośledzenie wentylacji, co jest wynikiem zmniejszenia ogólnej siły mięśniowej oraz ruchów mięśni międzyżebrowych, brzucha i przepony. Zmiany ogólnoustrojowe dotyczą również szkieletu. Na skutek unieruchomienia może bowiem rozwinąć się osteoporoza. Całkowite unieruchomienie w łóżku przez okres 12 i 30 tygodni powoduje zmniejszenie gęstości kości odpowiednio o 40-45% i 50%. Nawet unieruchomienie lokalne (np. opatrunek gipsowy) może prowadzić do spadku masy tkanki kostnej, także w miejscach odległych [33].

Zmiany lokalne mają nieco inny charakter. Powszechnie znany jest szkodliwy wpływ unieruchomienia na mięśnie, w postaci zmniejszenia ich siły, co przyczynia się do rozwoju niedowładów. Osłabienie siły mięśniowej, któremu mogą towarzyszyć zaburzenia krążenia krwi, pogarszają lokalne zdolności ruchowe. Brak odpowiedniej aktywności ruchowej i nieużywanie mięśni przyczyniają się też do rozwoju ich zaników (tzw. zaników prostych- czyli z beczynności) oraz na skutek nierównowagi sił mięśniowych- do rozwoju przykurczów. U pacjentów unieruchomionych dochodzi zwykle do przykurczów w obrębie mięśni dwustawowych, przy czym najbardziej narażone na ich powstawanie są stawy biodrowe, kolanowe oraz skokowe. Skrajnie może nastąpić nawet zeszywnienie stawów. Tego typu zmiany są jednak mniejsze, gdy unieruchomienie jest w tzw. ustawieniu funkcjonalnym.

Lokalna dysfunkcja krążenia sprzyja też rozwojowi zmian troficznych (odżywczych). Dotyczą one przede wszystkim mięśni oraz skóry, a ich specyficznymi odmianami są tzw. przykurcze ischemiczne, powstałe z niedokrwienia i zespoły algodystroficzne (bólowo-zanikowe). Zmiany dotyczą także układu nerwowego, a ich wyrazem są zaburzenia czucia powierzchownego i głębokiego oraz odruchowe napięcie mięśni- zwykle jako reakcja na ból, który po zdjęciu unieruchomienia może pojawiać się zarówno w spoczynku, jak i w trakcie wykonywania ruchów [33].

Najbardziej oczywisty wydaje się związek aktywności ruchowej ze zdrowiem fizycznym. Głównie aktywność ruchowa ułatwia regularny obieg krwi, przyczynia się do

rozwoju ciała, jak również wyrobienia zręczności i siły. Aktywność ruchowa przyspiesza metabolizm, prowadzi do lepszego wykorzystania kalorii, co pomaga w utrzymaniu stałej oraz właściwej masy ciała. Aktywność ta zwiększa zapotrzebowanie mięśni na tlen oraz materiały energetyczne, jak też zwiększa wydzielanie produktów przemiany materii (metabolitów). Szczególnie korzystne zmiany powoduje ona w obrębie układu krwionośnego, oddechowego i kostnego. Najbardziej korzystne zmiany zachodzą w obrębie układu krwionośnego, gdyż następuje wzrost wewnętrznej średnicy naczyń, w zależności od zapotrzebowania na tlen i produkty energetyczne, co poprawia wydolność krążenia oraz obniża ciśnienie. Tym samym zmniejsza się ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, np. zawału serca, miażdżycy, udaru mózgu. Zmniejsza się też ryzyko zachorowania na niektóre choroby nowotworowe i tym samym ryzyko przedwczesnej śmierci. Zwiększa się ponadto liczba naczyń włosowatych w mięśniach, co sprzyja usprawnianiu zaopatrywania w tlen oraz produkty odżywcze [34].

Aktywność ruchowa przyspiesza chudnięcie, zwiększa wydolność fizyczną, jak również poprawia samopoczucie. Aktywność fizyczna zmniejsza masę tłuszczową ciała, przy równoczesnym zwiększeniu wytrzymałości mięśni. Aktywność ta poprawia przemianę węglowodanową oraz obniża cholesterol we krwi. Przyczynia się do wzmocnienia kości, dlatego więc zapobiega osteoporozie. Aktywność ruchowa prowadzi także do zmian w działalności gruczołów wydzielania wewnętrznego, wpływając na poziom hormonów we krwi, np. insuliny, co ma duże znaczenie w zapobieganiu i leczeniu cukrzycy. Aktywność fizyczna prowadzi także w naszym organizmie do tworzenia się endorfin, neuroprzekaźników, zwanych również „hormonami szczęścia”, co przyczynia się do poprawienia nastroju i stymuluje pozytywną energię. Aktywność ta przyczynia się do utrzymania stałej temperatury ciała, chroni organizm przed przegrzaniem. Poprawia również odporność organizmu, mobilizując układ immunologiczny. Aktywność ruchowa, poprawiając kondycję fizyczną na wielu płaszczyznach, uzdalnia człowieka do wysiłku i wykonywania pracy fizycznej. Ponieważ człowiek jest jednością psychofizyczną, a jego zdrowie ujmujemy holistycznie, dlatego możemy przyjąć, że poprawa stanu fizycznego (cielesnego) poprzez aktywność fizyczną, przyczynia się do poprawy funkcjonowania człowieka, także w sferze psychicznej, społecznej i duchowej [34].

Aktywność ruchowa jest też konieczna dla utrzymania dobrego stanu zdrowia psychicznego. Pojęcie zdrowia psychicznego obejmuje zdrowie intelektualne, zdrowie woliwne i zdrowie emocjonalno-uczuciowe. Zdrowie intelektualne to zdolność do podejmowania wysiłku intelektualnego w różnych jego formach, zwłaszcza zdolność

logicznego myślenia i twórczego rozwiązywania problemów. Zdrowie wolitywne to zdolność do podejmowania decyzji i wyborów życiowych, także i dalekosiężnych oraz umiejętność ich konsekwentnego realizowania. Przeciwnością tej zdolności jest stan abulii, a więc choroba woli polegająca na niemożności podjęcia nawet najmniejszej decyzji. Zdrowie emocjonalno-uczuciowe polega na zdolności zachowania równowagi emocjonalnej, umiejętności wytrzymywania napięć i stresów psychicznych, kontrolowania swoich nastrojów i emocji [34].

Aktywność fizyczna wpływa przede wszystkim na lepsze ukrwienie mózgu, a to warunkuje lepszą pracę komórek mózgowych i zależną od nich pracę intelektualną. Aktywność fizyczna, ruch „warunkuje rozwój najważniejszej właściwości rodzaju ludzkiego, jaką jest inteligencja. Inteligencja zależy od bioelektrycznej aktywności mózgu, do której zaistnienia konieczne jest należyte zaopatrzenie mózgu w tlen”. Należy też podkreślić, że „prawidłowe ciśnienie cząsteczek tlenu w mózgu warunkuje jego działalność bioelektryczną, ma m. in. wpływ na postrzeganie, jakość przeprowadzonej analizy i podejmowanych decyzji, czyli określa poziom inteligencji zachowania każdego z nas”. Aktywność ta prowadzi też do odpoczynku komórek nerwowych, by potem mogły być aktywniejsze przy pracy umysłowej. Człowiek bowiem wypoczęty fizycznie, lepiej pracuje umysłowo. To lepsze funkcjonowanie umysłu przejawia się w trafniejszym i lepszym podejmowaniu decyzji, planowaniu, a także w pamięci krótkiej.

Aktywność ruchowa sprzyja przede wszystkim rozwojowi władz poznawczych kształtując zmysły, szybkość ich reakcji, usprawniając zdolność spostrzegania, wyrabiając refleks, zdolność przewidywania i podejmowania szybkiej decyzji. Aktywność fizyczna, ruch jest podstawą rozwoju osobowości dziecka, zwłaszcza w sferze poznawczej, „bowiem przez ruch poznaje ono właściwości otaczającego świata, związki czasowo-przestrzenne i przyczynowo-skutkowe [34].

Aktywność fizyczna wzmacnia też tężyznę fizyczną, polepsza funkcjonowanie organizmu, wzmacnia odporność fizyczną i psychiczną, sprzyja tym samym podejmowaniu ważnych i odpowiedzialnych, a niekiedy i trudnych decyzji życiowych, gdyż zmęczenie, a tym bardziej przemęczenie jest bardzo złym doradcą. Aktywność fizyczna wyrabia także karność, zdyscyplinowanie, uczy pokonywania trudności i odwagi. Uczy przezwycięzania napięć i stresów, zdolności podejmowania ryzyka. Aktywność ta wyrabia hart woli, umiejętność znoszenia sytuacji trudnych. Zmusza ona do pokonywania lenistwa, ociężałości i innych wad. Przyczynia się tym samym do lepszego panowania nad sobą [34].

Aktywność fizyczna pozwala na niwelację stresów i napięć psychicznych, co przyczynia się do poprawy samopoczucia psychicznego i optymalnego funkcjonowania w sferze emocjonalnej. Sprzyja ona pracy nad sobą i uczy panowania nad emocjami. Dlatego sprzyja ona zachowaniu równowagi emocjonalnej, pokonywaniu różnych nastrojów i humorów, które mogą wpływać nie tylko na własne samopoczucie, ale także i kontakty z innymi. Poprawia ona samopoczucie, nawet u osób będących pod wpływem stresu. Aktywność ta zmniejsza także lęk, drażliwość i stany depresyjne. U osób starszych obniża ryzyko depresji. U osób tych obniża także zapadalność na chorobę Alzheimera [34].

Aktywność fizyczna wzmacnia też cały organizm, co pozwala na bardziej wydajną pracę i kontakty społeczne. Aktywność ta, zwłaszcza w postaci uprawiania sportu, wymaga umiejętności współdziałania z innymi, przestrzegania pewnych norm i zasad kierujących zmaganiem sportowym. W ten sposób przyczynia się do polepszenia własnych kontaktów z innymi czyli do zdrowia społecznego. Brak aktywności ruchowej powoduje negatywne następstwa w sferze kontaktów społecznych. Dziecko przez aktywność fizyczną, „przez ruch nawiązuje kontakt z rodzicami i innymi ludźmi (...)”. Aktywność ruchowa, zwłaszcza w postaci sportu np. gry w ringo, może przyczynić się do integracji różnych grup społecznych”. Tu mają swoje duże znaczenie społeczne zawody sportowe, poczynając od najniższego szczebla aż po ogólnoswiatowe olimpiady i międzynarodowe mistrzostwa w różnych dyscyplinach sportu [34].

Ukazane zostały powyżej w ujęciu syntetycznym zależności pomiędzy aktywnością ruchową a zdrowiem ludzkim pojętym holistycznie, a więc w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. We wszystkich tych obszarach wpływ aktywności ruchowej jest znaczący, chociaż nie zawsze przez nas uświadamiany. Potrzeba więc intensywnej i szeroko zakrojonej pracy uświadamiającej w ramach promocji zdrowia na temat przedstawionych zależności [34].

Przebieg starzenia się skutkuje obniżeniem umiejętności motorycznych, co pociąga za sobą niepewność w wykonywaniu ruchów. Degeneracji ulegają wszystkie zdolności motoryczne, jak też gibkość. Niezwykle ważne w przypadku rehabilitacji jest jak najwcześniejsze jej zapoczątkowanie, długofalowość oraz regularność. Podstawą powinna być kinezyterapia, czyli ćwiczenia fizyczne.

Przed rozpoczęciem przebiegu rehabilitacji ruchowej osób starszych należy dokładnie określić stan układu krążenia, układu oddechowego, zmiany w obrębie narządu ruchu, ocenić możliwości komunikowania się z otoczeniem oraz stan psychiczny danej osoby. Ogólny stan pacjenta można opiniować za pomocą różnych testów oceniających. Testy te mogą służyć

ocenie równowagi ciała, ryzyka upadków, chodu czy też zdolności do wykonywania prostych czynności. Na tej podstawie ocenia się cel terapii ruchowej oraz osobniczy plan rehabilitacyjny. W trakcie procesu usprawniania należy cały czas monitorować stan osoby starszej, a w razie jakichkolwiek niekorzystnych zmian przekształcać [30]. Trzeba pamiętać, że udział w określonych zajęciach ruchowych powinien być uzależniony od aktualnego stanu zdrowia, sprawności ruchowej, wydolności wysiłkowej, doświadczenia oraz motywacji, przy odsunięciu wieku na dalszy plan. Z kolei wielkość i gatunek obciążeń wysiłkiem fizycznym powinien być uzależniony od wieku, chorób współistniejących, jak również stanu organizmu, a także powinien zostać dobrany na podstawie wcześniej przeprowadzonych prób wydolności i testów czynnościowych [30, 35, 36]. Prowadząc rehabilitację ruchową z osobami starszymi trzeba pamiętać o odpowiednim dawkowaniu wysiłku. Przykładowo osoby, które prowadzą siedzący tryb życia, powinny rozpoczynać rehabilitację od krótkich serii ćwiczeń, przechodząc stopniowo do dłuższych i bardziej obciążających wysiłków [37]. Rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona wielokierunkowo. Oznacza to, że szczególnie powinna skupiać się na rehabilitacji głównego problemu osoby starszej, np. na złamaniu szyjki kości udowej. W początkowej fazie priorytetem powinno być jak najszybsze przywrócenie sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych, a następnie przywracanie sprawności w zakresie bardziej złożonych czynności [38]. Obecnie coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów, które zawierają elementy jogi, gimnastyki czy tańca [35]. Gimnastyka jest jedną z najbardziej wszechstronnych form ćwiczeń. W zależności od możliwości i potrzeb pacjenta może wpływać na poprawę gibkości i równowagi ciała. W jej zakres wchodzi również ćwiczenia wzmacniające kości u pacjentów z osteoporozą czy np. ćwiczenia mięśni dna miednicy u kobiet z nietrzymaniem moczu [39].

Zmiany pojawiające się wraz z wiekiem, nieprawidłowości w zakresie działania układu ruchu oraz choroby układu nerwowego przyczyniają się do pogorszenia równowagi ciała u osób starszych. Skutkiem tego mogą być upadki, które dla seniorów mogą być w konsekwencji tragiczne. Dlatego też niezwykle ważne jest zapobieganie zaburzeniom równowagi oraz upadkom. W tym celu przeprowadza się ćwiczenia kształtujące siłę mięśniową, koordynację oraz równowagę. Celem tych ćwiczeń jest głównie podniesienie jakości życia seniorów. Udowodniono, że regularna rehabilitacja ruchowa składająca się z ćwiczeń oddechowych, kształtujących, równoważnych oraz rozciągających powoduje poprawę równowagi oraz polepszenie jakości chodu [40].

Rehabilitacja ruchowa u osób w podeszłym wieku wykazuje pozytywne oddziaływanie zdrowotne, umożliwiając tzw. pomyślne starzenie się [38].

Regularna i długotrwała aktywność fizyczna powyżej 65. roku życia wiąże się z wyższym poziomem funkcji poznawczych, a w późniejszym życiu z mniejszym ryzykiem wystąpienia zaburzeń poznawczych, choroby Alzheimera bądź demencji [41].

Trzeba pamiętać o tym, że efekty profilaktyczne i rehabilitacyjne regularnej aktywności fizycznej są korzystniejsze w przypadku zapoczątkowania aktywności już w okresie dzieciństwa, a nie dopiero w wieku podeszłym. Regularnie uprawiana aktywność ma korzystny wpływ na samopoczucie, pomaga utrzymać przez dłuższy czas niezależny tryb życia, poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne, przyczynia się do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, zmniejsza ryzyko zachorowania na różne choroby oraz minimalizuje skutki niepełnosprawności [35].

Należy jednak podkreślić, że na skutek zaniechania regularnej rehabilitacji i udziału w zajęciach ruchowych korzyści mogą zostać utracone.

Okres starzenia się jest zwykle obciążony wielochorobowością, niesprawnością, narastającymi potrzebami zdrowotnymi i uzależnieniem od opiekunów. Wraz z upływem lat życia obserwuje się obniżenie aktywności ruchowej, przedkładanie form wypoczynku biernego nad czynny. Również utrwalane stereotypy związane z przekonaniem, że okres emerytalny to czas zasłużonego wypoczynku, sprzyjają ograniczaniu wysiłku fizycznego w życiu codziennym. Brak regularnej aktywności ruchowej przyczynia się do ograniczania wydolności fizycznej i sprawności funkcjonalnej osób w starszym wieku [42].

Ogromną rolę w ograniczaniu tej wydolności odgrywają zmiany w układzie ruchu, a zwłaszcza spadek siły mięśniowej, sarkopenia oraz zmiany w strukturach kostno-stawowych. W przebiegu zespołu unieruchomienia można zauważyć obniżenie zdolności adaptacyjnych układu sercowo-naczyniowego wynikające z zaburzeń funkcji baroreceptorów, wzmożonej stymulacji układu współczulnego, zmniejszenie powrotu żylnego oraz maksymalnego zużycia tlenu. W zakresie układu oddechowego następuje ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, spadek elastyczności dróg oddechowych, zmniejszenie wentylacji i wzrost przestrzeni martwej, redukcji aktywności rzęskowej i odruchu kaszlowego. Znane jest niekorzystne działanie braku wysiłku fizycznego na rozwój zaburzeń metabolicznych, hiperlipidemii oraz wrażliwość tkanek na insulinę. Unieruchomienie sprzyja rozwojowi klasycznych zespołów geriatrycznych, takich jak: zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego i nietrzymanie moczu, spowolnienie perystaltyki i zaparcia, zaburzenia funkcji poznawczych, jak również zaburzenia emocjonalno-behawioralne.

Rehabilitacja ruchowa powinna więc być jednym z najistotniejszych elementów nefarmakologicznego postępowania leczniczego u osób w podeszłym wieku.

Nawet stosunkowo krótkotrwała rehabilitacja ruchowa wpływa na poprawę stanu fizycznego kobiet w starszym wieku. Ćwiczenia fizyczne korzystnie działają na stabilizację ciśnienia tętniczego, zwiększają siłę uścisku mięśni dłoni, poprawiając wydolność fizyczną. Ćwiczenia fizyczne poprawiają nastrój u kobiet w podeszłym wieku [43].

Cele pracy

1. Ocena roli aktywności fizycznej pacjentów w procesie rehabilitacji.
2. Ocena wpływu aktywności fizycznej na jakość życia pacjentów.
3. Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat aktywności fizycznej.

Material i metodyka badań

Grupę badawczą stanowiło 50 pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu hospitalizowanych od marca do kwietnia 2017r. w Oddziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, posługując się kwestionariuszem ankiety własnego autorstwa., złożonym z 8 pytań w części metryczkowej oraz 24 pytań w części szczegółowej, dotyczących m.in.: informacji na temat dysfunkcji narządu ruchu oraz aktywności fizycznej.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży nr 491400.

Wyniki

Grupę ankietowanych stanowiło 50 pacjentów Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, zmagających się z dysfunkcjami narządu ruchu. Z przeprowadzonych badań wynika, że 58% respondentów stanowili mężczyźni, zaś 42% ankietowanych stanowiły kobiety.

Badanych podzielono na 5 grup wiekowych: 18-30, 31-40, 41-50, 51-60lat i powyżej 60 lat, w których odpowiednio znalazło się 6,26, 16, 38 14 % respondentów.

36% pacjentów mieściło się w przedziale wagowym 61-80kg, 30% w przedziale 81-100kg, natomiast 20% ankietowanych mieściło się w przedziale wagowym 40-60kg. Powyżej 100kg ważyło 14% respondentów. Odnosząc masę ciała badanych do ich wzrostu obliczono BMI respondentów i ustalono, że nikt w grupie objętej badaniem nie miał

niedowagi, natomiast nadwaga dotyczyła 60% osób z grupy objętej badaniem, w tym 24% kobiet i 36% mężczyzn. Prawidłowa masa ciała występowała w przypadku 40% badanych, tj. u 18% kobiet i 22% mężczyzn biorących udział w badaniu.

38% ankietowanych stanowili żonaci mężczyźni i zamężne kobiety, natomiast 32% stanowili kawalerzy oraz panny. Pozostali respondenci to osoby rozwiedzione (18%) lub owdowiałe (12%).

Z przeprowadzonych badań wynika, że 60% ankietowanych pochodziło z miasta powyżej 150 tys. mieszkańców, zaś ze wsi pochodziło 20% respondentów. Pozostali respondenci to mieszkańcy małych miasteczek poniżej 50 tys. mieszkańców (12%) oraz miast 50-100 tys. mieszkańców (8%).

38% respondentów stanowili pacjenci z wykształceniem średnim, zaś 22% stanowili respondenci z wykształceniem wyższym, 16% z gimnazjalnym, 14% z podstawowym, a 10% posiadało wykształcenie zawodowe.

36% ankietowanych stanowili pracownicy fizyczni, 10% umysłowi, zaś 24% respondentów było rencistami lub emerytami. Bezrobotnych było 18%, a uczniów/studentów 12%.

U 32% ankietowanych w okresie od 2 do 3 lat poprzedzających badanie doszło do dysfunkcji narządu ruchu, zaś u 20 % respondentów do dysfunkcji doszło w okresie od 3 do 4 lat temu. W zakresie pozostałych ankietowanych do uszczerbku w zakresie narządu ruchu doszło w okresie powyżej 4 lat 12%), poniżej 6 miesięcy (8%), w okresie pół roku do roku (10%) oraz od roku do 2 lat (18%) przed rozpoczęciem niniejszego badania. Najwięcej ankietowanych z dysfunkcjami było w grupie 31-40 - latków (26%) oraz w grupie osób 51-60 lat (38%).

Respondentów zapytano o przebyte wcześniej urazy i dysfunkcje narządu ruchu. 38% pacjentów we wcześniejszym okresie czasu, przebyło powyżej dwóch dysfunkcji narządu ruchu, zaś w przypadku 32 % respondentów obecnie leczona dysfunkcja była pierwszą. U pozostałych poprzedzały badanie odpowiednio 1 (10%) i 2 (20%) dysfunkcje.

U 42% ankietowanych występują dysfunkcje układu kostno-stawowego, np.: zwichnięcia stawu biodrowego, stopa końsko-szpota, schorzenia reumatyczne zwłaszcza gościec przewlekły postępujący oraz zeszywniające zapalenia stawów kręgosłupa, natomiast u 38% respondentów doszło do dysfunkcji pochodzenia mózgowego, np.: DPM, spastyczne i wiotkie niedowłady kończyn po wylewach do mózgu, zespoły ruchów mimowolnych oraz zaburzenia koordynacji ruchowej. Pozostali respondenci byli obarczeni dysfunkcjami

pochodzenia rdzeniowego (18%) lub brakiem kończyn wrodzonym lub związanym z amputacją (2%).

Według 94% ankietowanych aktywność fizyczna, wpływając na układ ruchu doprowadza do wzrostu zakresu ruchomości stawów, zaś 28% respondentów uważa, że prowadzi ona do wzrostu elastyczności i sprężystości torebek stawowych oraz więzadeł, pozostałe dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Wiedza na temat wpływu aktywności fizycznej na układ ruchu w zależności od wykształcenia

Pytanie	Jaki wpływ na układ ruchu ma aktywność fizyczna Pana/Pani zdaniem?											
Kategoria odpowiedzi	WYKSZTAŁCENIE											
	Wszystkie grupy		Podstawowe		Gimnazjalne		Średnie		Wyższe		Zawodowe	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Żaden	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ukształtowanie powierzchni stawowych	24	48	1	2	1	2	9	18	7	14	6	12
Wzrost wytrzymałości kości	26	52	2	4	3	6	10	20	6	12	5	10
Wzrost zakresu ruchomości stawów	47	94	5	10	7	14	16	32	11	22	8	16
Wzrost elastyczności i sprężystości torebek stawowych oraz więzadeł	24	48	1	2	1	2	10	20	7	14	5	10
Inny	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Razem	121	-	9	-	12	-	45	-	31	-	24	-

*wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru większej liczby odpowiedzi

Na pytanie, czy uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną 60% ankietowanych odpowiedziało twierdząco w tym 22% kobiet i 385 mężczyzn. Pozostali respondenci (40%) nie uprawiali żadnej aktywności fizycznej.

Spośród osób uprawiających aktywność fizyczną, 46% ankietowanych deklarowało, że więcej niż 3 razy w tygodniu podejmują aktywność fizyczną, 34% respondentów udzieliło

odpowiedzi, że uprawiają aktywność fizyczną 2-3 razy w tygodniu, pozostałe osoby raz w tygodniu.

U 56% ankietowanych wysiłek fizyczny trwał od 30-60 minut, u 26% respondentów trwał on od 20-30 minut, zaś u 18% ponad godzinę. Analizując ten aspekt pod kątem długości wysiłku fizycznego w stosunku do wieku respondentów u 18-30 - latków i 31-40 - latków wysiłek fizyczny trwał zazwyczaj powyżej 60 minut, zaś w grupach 41-50, 51-60 i powyżej 60 lat preferowano wysiłek fizyczny trwający 30-60 minut.

Wśród respondentów aż 54% zadeklarowało, że schorzenia jakimi są obarczeni przeszkadzają im w uprawianiu sportu, zaś w przypadku 32% aktywność fizyczna może być realizowana pod kontrolą. Zaledwie 14% badanych nie było ograniczanych pod względem aktywności fizycznej przez schorzenia.

Na pytanie, jak świadomość, iż ma Pan/i dysfunkcję narządu ruchu wpłynęła na Pana/i aktywność ruchową, 56% ankietowanych odpowiedziało, że są mniej aktywni ruchowo, zaś 34 % pacjentów udzieliło odpowiedzi, że ich aktywność nie zmieniła się, pozostałe dane przedstawia Tabela II.

Tabela II. Wpływ świadomości posiadania dysfunkcji narządu ruchu na aktywność ruchową a wiek

Pytanie	Jak świadomość, iż ma Pan/i dysfunkcję narządu ruchu wpłynęła na Pana/i aktywność ruchową?											
	WIEK											
	Wszystkie grupy wiekowe		18-30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		>60 lat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ćwiczę więcej odkąd wiem, że mam dysfunkcję narządu ruchu	5	10	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Moja aktywność nie zmieniła się	17	34	1	2	4	8	2	4	7	14	3	6
Jestem mniej aktywny/a ruchowo	28	56	1	2	8	16	5	10	11	22	3	6
Razem	50	100	3	6	13	26	8	16	19	38	7	14

W zakresie preferowanych przez respondentów rodzajów aktywności fizycznej na plan pierwszy wysunęły się spacer (38%, w tym 18% kobiet i 20% mężczyzn) oraz bieganie (32%), które częściej wybierali mężczyźni niż kobiety (Tabela III).

Tabela III. Rodzaj aktywności fizycznej a płeć

Kategoria odpowiedzi	Pytanie	Jaki rodzaj aktywności fizycznej Pan/Pani najczęściej uprawia?				
		Wszyscy ankietowani		Płeć		
			Kobieta		Mężczyzna	
	n	%	n	%	n	%
Pływanie	5	10	2	4	3	6
Bieganie	16	32	4	8	12	24
Gry zespołowe	-	-	-	-	-	-
Nordic walking	4	8	-	-	4	8
Aerobik	6	12	6	12	-	-
Spacer	19	38	9	18	10	20
Inny	-	-	-	-	-	-
Razem	50	100	21	42	29	58

Zdaniem 84% ankietowanych aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na zdrowie i samopoczucie, zaś 10% respondentów nie było w stanie określić swego zdania. U 85% pacjentów objętych badaniem aktywność fizyczna przyczyniła się do większej sprawności lub samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności (Tabela IV).

Według 86% ankietowanych aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko zachorowania na różne choroby oraz minimalizuje skutki niepełnosprawności.

Zdaniem 82% (38% kobiet, 44% mężczyzn) ankietowanych aktywność fizyczna pomaga utrzymać przez dłuższy czas niezależny tryb życia.

Ponad to wysiłek fizyczny wpływa zdaniem ankietowanych na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego (Tabela V).

Tabela IV. Samodzielne wykonywanie codziennych czynności dzięki aktywności fizycznej w zależności od wieku

Pytanie	Czy aktywność fizyczna przyczynia się do samodzielnego wykonywania codziennych czynności?											
	WIEK											
	Wszystkie grupy wiekowe		18-30 lat		31-40 lat		41-50 lat		51-60 lat		>60 lat	
Kategoria odpowiedzi	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	42	84	3	6	11	22	6	12	17	34	5	10
Nie	8	16	-	-	2	4	2	4	2	4	2	4
Razem	50	100	3	6	13	26	8	16	19	38	7	14

Tabela V. Wpływ aktywności fizycznej na poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego a płeć

Kategoria odpowiedzi	Pytanie	Czy aktywność fizyczna wpływa na poprawę Pana/i zdrowia fizycznego i psychicznego?					
		Wszyscy ankietowani		Płeć			
			Kobieta		Mężczyzna		
	n	%	n	%	n	%	
Tak	41	82	20	40	21	42	
Nie	9	18	1	2	8	16	
Razem	50	100	21	42	29	58	

78% respondentów bezpośrednio po wystąpieniu dysfunkcji narządu ruchu mogło od razu uczestniczyć w czynnej rehabilitacji, zaś w przypadku 22 % ankietowanych wymagana była najpierw stabilizacja stanu zdrowia aby nie pogłębić zaburzeń.

Wszyscy respondenci zadeklarowali, że była u nich przeprowadzona kompleksowa rehabilitacja (zajęcia z neurologopedą, opieka psychologa, fizjoterapia). Podobnie zadeklarowali ankietowani, że przeprowadzono u nich oraz ich rodzin edukację w zakresie pielęgnacji, usprawniania, prowadzenia systematycznych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.

U 92% pacjentów w ramach postępowania fizjoterapeutycznego były stosowane ćwiczenia bierne. Respondentów zapytano również czy ćwiczenia były wykonywane samodzielnie czy z udziałem fizjoterapeuty. Większość bo 70% osób z objętej badaniem grupy deklarowało, że ćwiczyli pod okiem fizjoterapeuty, 16% ćwiczyło samodzielnie, 10% z pomocą rodziny. Pozostałe osoby nie ćwiczyły w ogóle.

Na pytanie, czy jest Pan/i czynny/a zawodowo 52% ankietowanych odpowiedziało, że wrócili do wcześniej wykonywanej pracy, natomiast 40% respondentów musiało zmienić pracę, pozostałe dane przedstawia Tabela VI.

Tabela VI. Wykonywanie zawodu a płeć

Kategoria odpowiedzi	Wszyscy ankietowani		Płeć			
			Kobieta		Mężczyzna	
	n	%	n	%	n	%
Wróciłem/am do wcześniej wykonywanej pracy	26	52	10	20	16	32
Musiałem/am zmienić pracę	20	40	9	18	11	22
Nie pracuję	4	8	2	4	2	4
Razem	50	100	21	42	29	58

Dyskusja

Z badań własnych wynika, że najczęstszym problemem, z jakim zgłaszają się pacjenci do Oddziału Rehabilitacji są dysfunkcje układu kostno-stawowego (42%), dysfunkcje pochodzenia mózgowego (38%), dysfunkcje pochodzenia rdzeniowego (18%) oraz braki kończyn wrodzone, bądź stany po amputacji (2%).

Według Zalewskiej choroby układu ruchu dotyczą ludzi w każdym wieku. Dzieci i ludzie młodzi, poza ujawnieniem się wad genetycznych lub chorób metabolicznych, są szczególnie narażeni na urazy i infekcje. U ludzi w wieku średnim i starszym dochodzą do głosu choroby autoimmunologiczne i procesy degeneracyjne, będące wynikiem starzenia się organizmu. Ludzie starzy, poza schorzeniami przewlekłymi wyniesionymi z wieku średniego, ponownie są zagrożeni urazami i groźnymi złamaniami, do czego przyczynia się zrzesotnienie kości, gorsza sprawność ogólna i skłonność do upadków [44].

Nowotny, Czupryna i wsp. podkreślają, iż ćwiczenia zwiększają wytrzymałość kości oraz kształtują (modelują) powierzchnie stawowe, a także wpływają na utrzymanie zakresu ruchomości stawowej, a w razie potrzeby zwiększają ją. Zasadniczą rolę odgrywa utrzymanie odpowiedniej długości i elastyczności miękkich elementów okołostawowych (torebek, więzadeł, mięśni). W tym celu konieczne jest, by wykonywać wszystkie rodzaje ćwiczeń w pełnym zakresie ruchu w poszczególnych stawach [32].

Na podstawie badań własnych, gdzie zdaniem 48% ankietowanych aktywność fizyczna ma wpływ na ukształtowanie powierzchni stawowych, zaś według 52% respondentów aktywność ruchowa doprowadza do wzrostu wytrzymałości kości można stwierdzić, że ćwiczenia ruchowe przyczyniają się do wzrostu wytrzymałości kości oraz kształtują powierzchnie stawowe

Wojtasik, Szulc, Kołodziejczyk i wsp. wykazują, że aktywność ruchowa poprzez wpływ na ukształtowanie powierzchni stawowych, doprowadza do wzrostu zakresu ruchomości danego stawu, polepszają się parametry elementów budujących staw m.in. wzrasta elastyczność i sprężystość torebek stawowych oraz więzadeł [45].

W oparciu o badania własne, w których 94% ankietowanych jest zdania, że aktywność fizyczna doprowadza do wzrostu zakresu ruchomości stawów oraz 48% badanych twierdzi, że dzięki aktywności ruchowej wzrasta elastyczność i sprężystość torebek stawowych oraz więzadeł należy podkreślić, że aktywność ruchowa poprzez wpływ na ukształtowanie powierzchni stawowych, doprowadza do wzrostu zakresu ruchomości danego stawu, a ponadto polepszają się parametry elementów budujących staw m.in. zwiększa się elastyczność i sprężystość torebek stawowych oraz więzadeł.

Posłuszny oraz Lapina twierdzą, że uprawianie aktywności ruchowej wpływa korzystnie na samopoczucie, pomaga utrzymać przez dłuższy czas niezależny tryb życia, poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne, przyczynia się do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, zmniejsza ryzyko zachorowania na różne choroby oraz minimalizuje skutki niepełnosprawności [35].

Wojtasik, Szulc, Kołodziejczyk i wsp. dowodzą, iż wysiłek fizyczny wykazuje dodatni wpływ także na zdrowie psychiczne. W momencie uprawiania sportu rozładowywane są negatywne emocje osoby trenującej, wówczas następuje ogólna poprawa samopoczucia. U osób tych zmniejsza się skala lęku, a także stan depresyjny. Poprawia się sen jak i samo zasypianie, natomiast warunkiem tego jest odpowiednia pora treningu tj. najpóźniej do godziny 17.00. Trening taki nie może doprowadzić do nadmiernego przetrenowania. Wykonywanie ćwiczeń dowartościowuje człowieka. Widoczna poprawa budowy ciała czy

samopoczucia zwiększają motywację do dalszego działania. Człowiek pokonując swoje granice zaczyna wierzyć w siebie, w swoje możliwości, czuje że może osiągnąć to, czego tylko zapragnie, wystarczy tylko odpowiednia praca w tym kierunku. Duże znaczenie ma także swoboda w wyborze interesującej nas aktywności fizycznej. Dobrowolny wybór metody treningowej daje poczucie niezależności i świadomości, że robimy coś dla własnej przyjemności. Trening jest znakomitą odskocznią od problemów życia codziennego [46].

Z badań własnych stwierdza się, że uprawianie aktywności fizycznej ma pozytywny wpływ na samopoczucie, umożliwia utrzymać przez dłuższy czas niezależny tryb życia, poprawia zdrowie fizyczne i psychiczne, przyczynia się do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego, ponadto zmniejsza ryzyko zachorowania na różne choroby oraz minimalizuje skutki niepełnosprawności, gdzie u 84% ankietowanych aktywność fizyczna również wpływa pozytywnie na ich samopoczucie, 85% respondentów uważa, że aktywność ruchowa zmniejsza ryzyko zachorowania na różne choroby oraz minimalizuje skutki niepełnosprawności. U 79% pacjentów aktywność ruchowa wpływa na poprawę ich zdrowia fizycznego i psychicznego oraz 85% badanych sądzi, iż aktywność fizyczna pomaga utrzymać przez dłuższy czas niezależny tryb życia

Podbielska stwierdza, że wiele osób w czasie wolnym często nie korzysta z takich form aktywności, jak fitness czy basen, ponieważ uważają to za nudne i nie mogą się zmobilizować do regularnych ćwiczeń. Sporty partnerskie czy grupowe, np. tenis wymagają odnalezienia odpowiedniego partnera, dostosowania grafiku, a także już pewnych zdolności, żeby ich uprawianie dawało przyjemność [3]. Według własnych badań 38% ankietowanych najczęściej uprawia aktywność fizyczną poprzez spacer, zaś 32% respondentów poprzez bieganie.

Według Zalewskiej upośledzenie funkcji narządu ruchu stanowi przeszkodę w uprawianiu sportu [44].

Zgodnie z wynikami własnych badań, można zaznaczyć, że upośledzenie funkcji narządu ruchu stanowi przeszkodę w uprawianiu sportu ponieważ u 54% ankietowanych choroba przeszkadza w uprawianiu aktywności fizycznej.

W oparciu o badania własne 52% ankietowanych wróciło do wcześniej wykonywanej pracy, natomiast 40% respondentów musiało zmienić pracę. W niektórych przypadkach nie jest możliwy pełen powrót do sprawności fizycznej, co często wiąże się ze zmianą stanowiska pracy, bądź utratą zatrudnienia.

Furmaniuk zwraca uwagę, iż ograniczenia osób niepełnosprawnych nie są związane wyłącznie z problematyką ich dysfunkcji w sferze ruchowej. Pomimo osiągnięcia względnej

sprawności wielu pacjentów nie jest w stanie zaakceptować samych siebie. Prowadzić to może do przejawiania skrajnych zachowań: od postawy roszczeniowej po izolację społeczną. Droga do zmniejszenia trudności związanych z brakiem pełnej sprawności jest postępowanie rehabilitacyjne. Działanie to ma głównie na celu maksymalne usprawnienie pacjenta. W niektórych przypadkach nie jest możliwy pełen powrót do sprawności fizycznej. Wówczas zadaniem zespołu rehabilitacyjnego jest doprowadzenie do sytuacji, w której pacjent jest w stanie samodzielnie egzystować. Jest to zadanie niezwykle trudne i nie zawsze zakończone sukcesem [46].

Wnioski

1. Aktywność ruchowa wpływa na poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów tym samym polepszając indywidualne poczucie jakości życia.
2. Aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na efekty procesu rehabilitacji u pacjentów.
3. Aktywność ruchowa pomaga pacjentom samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego.
4. Aktywność fizyczna umożliwia badanym utrzymanie przez dłuższy czas niezależnego trybu życia.
5. Pacjenci posiadają wiedzę w zakresie aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Barankiewicz J.: Leksykon wychowania fizycznego i sportu szkolnego. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
2. Tammelin T., Nayha S., Hills A. P. et al.: Adolescent participation in sports and adult physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 2003, 1, 24, 22–28. doi:10.1016/S0749-3797(02)00575-5.
3. Podbielska M. L.: Wpływ systematycznej aktywności fizycznej na jakość życia osób zdrowych- rozważania wstępne. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 2014, 2, 20, 130-131.
4. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B.: Jakość życia chorych na cukrzycę. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2007, 136, 23, 311–314.
5. Frank P.: The Preamble of the Constitution of the World Health Organization, *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 12, 80, 981–982.

6. Mikołajewska E.: Wpływ rehabilitacji i fizjoterapii na poprawę jakości życia. *Postępy Rehabilitacji*, 2008, 3, 22, 5–9.
7. Fallowfield L.: Quality of quality-of-life data. *The Lancet*, 1996, 9025, 348, 421–422.
8. Jenney M. E. M., Campbel S.: Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, 77, 347–354.
9. Papuć E.: Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania. *Current Problems Psychiatry*, 2011, 2, 12, 141–145.
10. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011, 1, 46, 25–31.
11. Golubnitschaja O., Costigliola V.: Common origin but individual outcomes: time for new guidelines in personalized healthcare. *Personalized Medicine*, 2010, 7, 561–568.
12. Golubnitschaja O.: The message from the Secretary General of EPMA – European Association of Predictive, Preventive and Personalized Medicine. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna*, 2013, 19, 1, 1–2.
13. Biała księga na temat sportu, wydanie w języku polskim. Komisja Europejska, Luksemburg, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2007.
14. Ferrans C.E., Powers M.J.: Quality of Life Index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 1985, 8, 15–24.
15. Hays R.D., Hahn H., Marshall G.: Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2002, 83, 4–9.
16. Hills P., Argyle M.: The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 2002, 1073–1082.
17. Bakas T., McLennon S.M., Carpenter J.S. et al.: Systematic review of health-related Quality of Life Models. *Health and Quality of life Outcomes*, 2012, 10, 134–146.
18. Borrott N., Bush R.: Measuring Quality of Life among those with type 2 diabetes in primary care. Prepared by the Healthy Communities Research Centre, The University of Queensland, Australia in collaboration with Ipswich & West Moreton, Division of General Practice (IWMDGP), 2008.
19. Hills P., Argyle M.: Positive moods derived from leisure and their relationship to happiness and personality. *Personality and Individual Differences*, 1998, 25, 523–535.
20. Hassme'n P., Koivula N., Uutela A.: Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland. *Preventive Medicine*, 2000, 30, 17–25.

21. Stubbe J.H., de Moor M.H.M., Boomsma D.I., de Geus E.J.C.: The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 2007, 44, 148–152.
22. Vuillemin, Boini S., Bertrais S. et al.: Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 2005, 41, 562–569.
23. Brown D., Balluz L., Heath G. et al.: Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*, 2003, 37, 520–528.
24. Kawa M.: Jakość życia byłych wyczynowych tenisistów stołowych. *Sport Wyczynowy*, 2004, 11-12, 29–30.
25. Snyder A.R., Martinez J.C., Bay R.C. et al.: Health-related quality of life differs between adolescent athletes and adolescent nonathletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 2010, 19, 237–248.
26. Tanabe T., Snyder A.R., Bay R.C., McLeod T.C.V.: Representative values of health-related quality of life among female and male adolescent athletes and the impact of gender. *Athletic Training & Sports Health Care*, 2010, 2, 106–113.
27. Yazicioglu K., Yavuz F., Goktepe A.S., Tan A.K.: Influence of adapted sports on quality of life and life satisfaction in sport participants and non-sport participants with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 2012, 5, 4, 249–53.
28. Padrão dos Santos A.L.: Quality of Life in Professional, Semiprofessional, and Amateur Athletes: An Exploratory Analysis in Brazil. *SAGE Open*, 2013, 3, 1–8.
29. Konieczny G., Wrzosek Z.: Wybrane dysfunkcje narządu ruchu [w:] *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny*, pod red. Wrzosek Z., Bolanowski J. PZWL, Warszawa 2011, 51-83.
30. Wawrzeń A.: Rehabilitacja osób w podeszłym wieku. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy*, 2012, 1, 11.
31. Nowotny J., Nowotny-Czupryna O., Czupryna K. i wsp.: Wpływa aktywności fizycznej na organizm [w:] *Edukacja i reedukacja ruchowa*, pod red. Nowotny J. Wydawnictwo KASPER, Kraków 2003, 46-47.
32. Nowotny J., Nowotny-Czupryna O., Czupryna K. i wsp.: Korzyści wynikające z wykonywania ćwiczeń [w:] *Edukacja i reedukacja ruchowa*, pod red. Nowotny J. Wydawnictwo KASPER, Kraków 2003, 47-49.

33. Nowotny J., Nowotny-Czupryna O., Czupryna K. i wsp.: Konsekwencje bezruchu [w:] Edukacja i reedukacja ruchowa, pod red. Nowotny J. Wydawnictwo KASPER, Kraków 2003, 49-51.
34. https://www.kul.pl/files/803/biblioteczka_cyfrowa/Wolicki_Aktywnosc_ruchowa.pdf (pobrano dn. 06.05.2017r., godz. 16.48).
35. Posłuszny M., Lapina S.: Zapobieganie starzeniu się przez rekreację. Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu, 2011, 6, 9-16.
36. Jędrkiewicz H.: Za i przeciw w rehabilitacji osób starszych. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Starzejące się społeczeństwa. Nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe, Katowice 2006.
37. Manini T., Pahor M.: Physical activity and maintaining physical function in older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 2009, 43, 28-31.
38. Kostka T.: Potrzeby zdrowotne osób starszych – możliwość i zasadność interwencji zapobiegawczej. Ogólnopolska Konferencja Naukowa. Starzejące się społeczeństwa. Nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe, Katowice 2006.
39. Szczerbińska K., Piórecka B., Łychowicz A.: Zestaw dydaktyczny dla mediatorów. Kilka sposobów usprawniania komunikacji interpersonalnej z pacjentami w podeszłym wieku. Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum, Kraków 2013.
40. Drużbicki M., Wrzosek K., Przysada G.: Ocena równowagi i chodu osób starszych uczestniczących w zajęciach ruchowych w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Young Sport Science of Ukraine*, 2010, 4, 53-59.
41. Laurin D., Verreault R., Lindsay J. et al.: Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 2001, 3, 58, 498-504.
42. Bień B.: Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. [w:] *Polska starość*, pod red. Synak B. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, 35–77.
43. Kozak-Szkopek E., Galus K.: Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2009, 17, 2, 79–84.
44. http://www.kopia.org.pl/handlowa/bhp_narzad_ruchu.pdf (pobrano dn. 07.05.2017r., godz. 22.37).

45. Wojtasik W., Szulc A., Kołodziejczyk M. i wsp.: Wybrane zagadnienia dotyczące wpływu wysiłku fizycznego na organizm człowieka. *Health and Sport*, 2015, 5, 10, 350-372.
46. <http://www.poznan.pl/mim/public/hc/attachments.html?co=show&instance=1017&parent=52713&lang=pl&id=113167> (pobrano dn. 21.08.2017r., godz. 16.30).

Grodzka Ewelina¹, Tyrakowska – Dadelo Zuzanna Judyta²

1. Studentka Studiów I stopnia kierunku Elektroradiologia,
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Radiologii, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku
Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Studia doktoranckie, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku
Angielskim Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wpływ zespołu Aspergera na jakość życia dzieci z uwzględnieniem relacji rodzinnych, rówieśniczych i szkolnych

Wprowadzenie

Zespół Aspergera jest coraz częściej rozpoznawanym zaburzeniem wśród dzieci i dorosłych. Sama nazwa zaburzenia została użyta pierwszy raz w 1981 roku przez Lornę Wing, która bardzo mocno przyczyniła się do wzrostu zainteresowania tą jednostką, jednak objawy tego zespołu były dostrzegane już w 1926r. przez Suchariową i 1944r. przez Hansa Aspergera [1, 2].

Zespół Aspergera jest całościowym zaburzeniem rozwojowym ze spektrum autyzmu. Objawia się on trudnościami w relacjach ze społeczeństwem, pedantyczną mową, niewielką mimiką, dosłownym interpretowaniem wypowiedzi, niezgrabnością ruchową, występowaniem wyjątkowych fascynacji, stereotypowymi zachowaniami czy niechęcią do zmian [3]. Zachowania te są widoczne już we wczesnym dzieciństwie. Ważna jest jak najszybsza diagnoza, aby zapewnić dziecku terapię jak najwcześniej. Takie działanie może znacznie przyczynić się do ułatwienia funkcjonowania w społeczeństwie. Wszystkie niepokojące objawy zauważane przez rodziców i pedagogów powinny być poddane obserwacji i być wstępem do ewentualnej diagnozy. Niestety w rzeczywistości nie jest to takie proste, ponieważ część rodziców nie widzi potrzeby badania dziecka, uważa, że jego zachowania nie są odchyleniem od norm, wynikają z charakteru dziecka czy niechęci do innych reakcji. Bywa, że ignorancja rodziców jest spowodowana występowaniem niezdiagnozowanego zespołu Aspergera w rodzinie i opiekunowie po prostu nie widzą niestosowności zachowań dziecka lub zdrowi rodzice nie chcą dopuścić do siebie myśli, że

ich dziecko może mieć jakiegokolwiek zaburzenie [1]. Diagnoza zespołu Aspergera opiera się na obserwacji dziecka przez jego otoczenie, konsultacjach psychologicznych, psychiatrycznych i neurologicznych, a także wypełnieniu odpowiednich testów i kwestionariuszy [4]. Dostępne kwestionariusze i skale do diagnostyki dzieci to Australijska Skala Zespołu Aspergera (ASAS), Wywiad Diagnostyczny w Kierunku Zespołu Aspergera (ASDI), Skala Diagnostyczna Zespołu Aspergera (ASDS), Kwestionariusz Przesiewowy Spektrum Zaburzeń Autystycznych (ASSQ), Test Zespołu Aspergera w Dzieciństwie (CAST), Gilliama Skala Zespołu Aspergera (GADS), Kruga Indeks Zespołu Aspergera (KADI). W wykrywaniu takiego zaburzenia najczęściej stosuje się kryteria DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [5].

Przyczyny zespołu Aspergera nie zostały jeszcze poznane. Kiedyś uważano, że jest to wina matek, które nie były wystarczająco czułe względem swoich dzieci. W obecnych czasach twierdzi się, że to zaburzenie o podłożu neurologicznym, przekazywane genetycznie. Możliwe jest uszkodzenie lub nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego w okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym. Zauważa się też związek z anomaliami i translokacjami chromosomowymi na chromosomie X, chromosomie 15, 7 i 2. Inną przyczyną może być zatrucie ciążowe, niedotlenienie okołoporodowe i infekcje wirusowe [2].

Rozwinięcie

Życie z zespołem Aspergera

Rodzina i dom

Odmienne zachowanie dziecka z zespołem Aspergera można zauważyć nawet w domu rodzinnym. Dziecko zdaje się być wycofane, chłodne w relacjach, zamknięte we własnym świecie. Nie reaguje jak inne dzieci na próbę przytulenia, czułość okazywaną przez rodziców czy krewnych. Przytulenie czy pocałunek może być traktowane jako forma niewoli. Dziecko samo decyduje, kiedy i jak długo będzie obejmowane. Już przypadkowy dotyk może naruszać przestrzeń dziecka i zaburzać jego spokój. Rodzice mogą czuć się zaniepokojeni, ponieważ ich potomkowie mają problem z okazywaniem emocji czy odczuwaniem empatii. Dziecko z zespołem Aspergera nie potrafi często wyczytać uczuć z mimiki oraz gestykulacji osób w ich otoczeniu. Mogą nie zauważać, że ich rodzic czy rodzeństwo są przygnębieni czy radośni. Nie będą oferowały pomocy czy przytulenia, wsparcia miłym słowem, ponieważ albo nie zauważą takiej potrzeby, nie będą widziały przydatności takiego zachowania, albo nie będą wiedziały, jak się zachować, żeby nie pogorszyć sytuacji. Takie zachowanie

może sprawić, że dziecko będzie odbierane jako oschłe. Zdarzają się dzieci wyjątkowo przywiązane do rodzica, inne są od niego maksymalnie odsunięte. Dzieci z tym zaburzeniem nie czują potrzeby rozmowy o uczuciach. Ich wypowiedzi są bardziej rzeczowe skupiające się na faktach i wydarzeniach, są nisko nacechowane emocjonalnie. Nie wierzą też, że opiekun mógłby je zrozumieć, wytłumaczyć pewne kwestie i okazać pomoc. Bywa, że w ciągu dnia tłumią w sobie emocje, starają się nie pokazywać, że coś im przeszkadza, martwi czy wzbudza lęk, a później po powrocie do domu „wybuchają”, wyładowują swoją złość i bezsilność na rodzeństwie i rodzicach. W szkole nauczyciele uważają je za wzór grzecznego zachowania, a w domu stanowią przykład trudnego, agresywnego dziecka. Osoby z zespołem Aspergera bardzo potrzebują wsparcia i akceptacji rodziny. W świecie, w którym czują się zagubione i pozostawione samym sobie, muszą odnaleźć osoby, które będą je wspomagać, doceniać, uważać za wartościowe osoby mimo odmienności [5].

Ulubionym miejscem dziecka jest z reguły jego pokój, ostoja i kryjówka przed światem. Znany układ mebli, przedmiotów, miejsce znane od zawsze daje poczucie bezpieczeństwa. Nikt nie może przekładać przedmiotów w ich pokoju, musi być zachowany znany ład. Takie dzieci lubią samotność. Umożliwia im ona wyciszenie, skupienie się na ulubionych czynnościach czy nauce. Nie rozpraszają ich hałasy, rozmowy czy inne niepożądane bodźce. Najwięcej uwagi dzieci z tym zaburzeniem poświęcają swoim szczególnym zainteresowaniom. Dają im one poczucie bezpieczeństwa, pozwalają się zrelaksować, a także tworzą ich tożsamość. Zdobywają encyklopedyczną wiedzę dotyczącą każdej kwestii dotyczącej ich ulubionego zagadnienia. Częstym obszarem zainteresowań dzieci są liczby, przedmioty ściśle czy kręcące się części różnych urządzeń. Początkowo dzieci zadają dużo pytań swoim rodzicom, ale potem odkrywają, że mogą sami zdobywać wiedzę. Bywa, że nawet jeśli wcześniej nie posiadali umiejętności czytania i pisania, nagle nabywają ją bez pomocy innych. Dzieci nawet bardzo ciche, stroniące od rozmów, mogą prowadzić bardzo długie monologi dotyczące ich zainteresowań. Nie zauważają tego, że rozmówca nie jest zainteresowany tematem. Skupienie na poszerzaniu swoich pasji jest tak duże, że dzieci zapominają o takich kwestiach jak jedzenie, picie czy załatwianie potrzeb fizjologicznych. To rodzic musi przypominać o higienie i posiłkach, bo inaczej osoba dotknięta zaburzeniem pominęłaby to. Bardzo ważne są kolekcjonowane przedmioty. Uszkodzenie któregokolwiek z nich może spowodować atak hysterii. Zdarza się, że o ile utrata bliskich osób jest akceptowana i uważana za naturalną kolej rzeczy, to zagubienie np. ulubionego samochodzika jest największą tragedią. Rodzice często muszą ulegać presji

dziecka w obawie przed atakiem hysterii i kupują kolejne modele do kolekcji, niezależnie jak byłoby to trudne [5].

Dziecko działa szalenie schematycznie. Rutynowe działania sprawiają, że dziecko czuje się bezpiecznie. Dzięki powtarzaniu czynności nie musi się martwić jak zachować się w nowej sytuacji, na którą nie wie jeszcze jak zareagować. Zmiana ustawienia przedmiotów, inne śniadanie niż zwykle, pójście do szkoły inną drogą czy nawet odprowadzenie przez innego opiekuna może spowodować atak hysterii. Spowodowane jest to strachem przed nieznanym. Niepokój mogą wywoływać nieznane odgłosy, zapachy, osoby. Rodzinom ciężko jest zaplanować urlop czy urządzić spontaniczne wyjście, ponieważ nigdy nie wiadomo jak zachowa się ich podopieczny. Zdaje się, że dziecko z zespołem Aspergera najchętniej w ogóle nie wychodziłoby z domu [6]. Problemy mogą pojawić się także przy urozmaicaniu menu. Dziecko może odmawiać jedzenia innych posiłków niż te które zna. Włóknista struktura, wilgotność dania czy niektóre połączenia składników powodują odruch wymiotny. Część warzyw i owoców jest nietolerowana ze względu na zapach. Z reguły taka nadwrażliwość na pokarmy zanika z wiekiem. Pomocna we włączaniu kolejnych produktów do diety może być wizyta u dietetyka lub psychologa klinicznego. Ukażą oni sposoby jak przyzwycząić dziecko do nowych smaków i struktur, a także w jakiej kolejności wprowadzać nowe dania [5]. Nadwrażliwość może wystąpić też przy zakładaniu ubrań z niektórych materiałów. Dziecko mogą irytować metki czy szwy w ubraniach. Należy unikać też niewygodnych ubrań, w których dziecko nie będzie czuło się swobodnie [7].

Grupa rówieśnicza

Bardzo ważną kwestią, znacznie wpływającą na stopień samooceny dziecka, jest relacja z rówieśnikami. O ile dorośli są w stanie zrozumieć odmienną od dziecka z tym zaburzeniem, są nawet wręcz zachwyceni jego dorosłymi wypowiedziami i ogromną wiedzą na niektóre tematy, o tyle inne dzieci często wyśmiewają i nie starają się zaakceptować swojego kolegi obciążonego zespołem Aspergera. Z tego też powodu takie dzieci wolą towarzystwo dorosłych, który są spokojniejsi i bardziej wyrozumiali lub bawią się z dziećmi młodszymi od siebie. Patrząc na grupę rówieśniczą obserwuje się, że dzieci z tym zaburzeniem trzymają się na uboczu, bawią się same. Potrafią tworzyć w swoich umysłach scenariusze zabaw i odgrywać różne role. Nie jest tak, że dziecko w ogóle nie chce zabaw z rówieśnikami. Zazwyczaj nie udaje się mu włączyć do zabawy, nie wie jak współpracować z innymi. Dziecko nie rozumie na czym polega przyjaźń. Czuje się zdradzone, gdy kolega z którym bawił się poprzedniego dnia, teraz gra z inną osobą. Chce

mieć przyjaciół na wyłączność. Niewielka elastyczność w kontaktach społecznym nie pozwala mu na spontaniczne zabawy. Często dziecko musi się najpierw przyjrzeć, w jaki sposób bawią się rówieśnicy, a dopiero później włącza się do zabawy, odgrywając to co zaobserwował. Niezgrabność ruchowa utrudnia gry zespołowe. Występuje czasem sztywność dłoni, nieparzysty chód, drżenia lub bezruch w sytuacjach stresowych. Dziecko z zespołem Aspergera rezygnuje z gry w piłkę czy zabawy w berka, ponieważ wymaga to dużej koordynacji ruchów, a także jest okazją do przypadkowego dotyku, którego nie lubi. Sprawia to, że dziecko już od najmłodszych lat widzi swoją odmienność, zauważa, że jest wykluczone z gier, które innym dzieciom sprawiają wiele radości. Wzbudza to w nim smutek, bezradność, może być nawet przyczyną depresji [5].

Jedną z przyczyn braku akceptacji jest język jakim posługuje się osoba z zespołem Aspergera. Formalność, niewielka mimika twarzy, ograniczenie gestykulacji, trudność w zachowaniu odpowiedniego rytmu i tonu wypowiedzi sprawiają, że zdrowe dzieci po prostu nie rozumieją swojego kolegi i mają go za dziwaka. Problem stanowi także nierozumienie żartów, dwuznaczności i potoczności wypowiedzi. Interpretowanie wszystkiego dosłownie jest kolejnym powodem do drwin w otoczenia. Rówieśnicy wykorzystują też naiwność dziecka, niezauważanie przez niego złych zamiarów czy nieumiejętność odkrywania kłamstw. Dziecko z zespołem Aspergera jest bardzo uczciwe i szczerze. Przez to nie zauważa nawet, że może obrazić lub zranić innych. Gdy widzi, że jeden z jego kolegów ma nadwagę czy otyłość, potrafi powiedzieć wprost, że jest grube. Często też wytyka innym błędy. Według niego robi osobom ze swojego otoczenia przysługę, ponieważ dzięki niemu wiedzą jak postępować. Dokładne przestrzeganie zasad i regulaminów może skończyć się tym, że albo nie będzie w stanie dopasować się do otoczenia, które niekoniecznie będzie pamiętało o zaleceniach, albo nawet poskarży się na kolegów, którzy według niego postępują źle np. do wychowawcy. Inne dzieci oczywiście widzą takie postępowanie i nie chcą przyjaźnić się z osobą, która donosi na nich czy stale ich poucza [5].

Dziecko z zespołem Aspergera bardzo ceni sobie swoją przestrzeń, której nikt nie może naruszyć. Nie umie też dzielić się swoimi ulubionymi zabawkami, boi się, że ktoś je zniszczy czy zabierze. Niezrozumiałe jest też dla niego, że inni nie dzielą jego zainteresowań czy nie posiadają tak rozległej wiedzy na określone tematy. Zdarza się, że dziecko reaguje np. krzykiem, kiedy rówieśnik próbuje dołączyć się do zabawy ulubionymi przedmiotami lub kiedy kolega nie bawi się w taki sposób jaki on sobie zaplanował. Dziecko nie rozumie, czemu jego równolatki, których wcześniej wystraszył czy przegonił,

nie pozwalają bawić mu się w ich zabawy. Jest to dla niego powodem do smutku i powoduje w nim poczucie niesprawiedliwości i odrzucenia[5].

Dziecku obarczonemu tym zaburzeniem najłatwiej jest odnaleźć się w rozmowie czy grze z jedną osobą. Kiedy pojawia się więcej rozmówców dziecko gubi wątek i nie jest w stanie nadażyć za tokiem rozmowy. Często zauważane jest więc, że kiedy dochodzą kolejne osoby, dziecko z zespołem Aspergera wycofuje się [5].

Nauka w szkole

Zespół Aspergera to wyzwanie dla ucznia i nauczyciela. Oczywiście, aby nauczyciel mógł zacząć szczególną pracę nad dzieckiem konieczna jest diagnoza. W przypadku jej braku dziecko będzie uważane za jednego z zamkniętych w sobie, nieposłusznych, trudnych uczniów, którzy posiadają zdolności, ale trudno nimi pokierować. Kolejną barierą jest niewiedza nauczycieli. Szczególnie w małych szkołach pedagodzy mogli nie spotkać się z tym zespołem i nie znają sposobu, aby pomóc dziecku. Sami mają obawy, że nie podołają zadaniu. Ważne, aby nauczyciel wykazał się opanowaniem, ciągle poszerzał wiedzę i starał się znaleźć czas i podejść indywidualnie podejść do dziecka [7].

U dzieci z zespołem Aspergera występują deficyty rozwojowe i specyficzne problemy wychowawcze. Z tego powodu dzieci reagują niestandardowo na otoczenie, polecenia czy kierowane uwagi. Szczególnie początki nauki przedszkolnej czy szkolnej są bardzo trudne dla dziecka. Proces adaptacyjny trwa znacznie dłużej. Dziecko może reagować krzykiem i płaczem, chować się pod biurkiem czy w kącie sali, chodzić w kółko czy nawet przejawiać zachowania autoagresywne. Czas przebywania w przedszkolu także bywa krótszy ze względu na niemożność uspokojenia dziecka. Ważne jest, aby nie zmuszać dziecka do zajęcia swojego miejsca, zaprzestania krzyków na siłę, ponieważ nie przyniesie to efektu, a trauma w dziecku będzie rosła. Warto pozwolić dziecku na zachowanie własnej przestrzeni. Pomocne w zaaklimatyzowaniu się w nowym miejscu będzie zabieranie ze sobą ulubionego przedmiotu, który będzie dawał dziecku poczucie bezpieczeństwa. Dziecko przyzwyczaja się do określonego rytmu dnia, więc korzystne jest wypracowanie takiej schematyczności również w miejscu nauki. Informowanie dzień czy jeszcze wcześniej o planowanych wyjściach czy zmianie grafiku dnia pomoże dziecku oswoić się z tą myślą i zmniejszy negatywne reakcje. Opanowanie i zrozumienie sytuacji przez nauczycieli jest bardzo istotną kwestią. Rówieśnicy, którzy widzą akceptację i pomoc nauczycieli dla ich kolegi z zespołem Aspergera, także starają się zachowywać podobnie względem niego. Zaakceptowanie osoby z tym zaburzeniem przez rówieśników istotnie wpływa nie tylko na samopoczucie dziecka,

ale również zrozumienie, że przedszkole czy szkoła nie jest nieprzyjaznym miejscem, w którym dzieją się same złe rzeczy. Nie wolno więc pozwolić na drwiny rówolatków czy agresję fizyczną. Należy tłumaczyć i pilnować, aby zachowania kolegów były możliwie przyjazne i nienatarczywe [1].

Trudności mogą być zauważalne podczas gier czy zabaw wymagających koordynacji ruchowej. Dziecko z zespołem Aspergera może mieć problemy ze złapaniem, bieganiem czy odbiciem piłki ze względu na niezgrabność ruchową i trudności z określeniem prędkości i kierunku, w którym porusza się przedmiot. Ćwiczenia na sali gimnastycznej mogą być za trudne. Wykonywanie prac plastycznych także jest kłopotliwe, ponieważ osoby z tym zaburzeniem często wykonują je szybko, niestarannie i działają bardzo impulsywnie. Pismo jest mało czytelne i nieestetyczne. Dziecko mogło nie opanować takich umiejętności jak sznurowanie butów, przebieranie się czy posługiwanie się sztucami, co także negatywnie wpływa na sprawną samoobsługę [1].

Zespół Aspergera nie zaburza rozwoju intelektualnego dziecka na tyle, aby nie mogło uczyć się w zwykłej szkole. Czasem jednak szkoła specjalna stwarza lepsze warunki dla dzieci z zaburzeniami, stosuje dodatkowe ułatwienia, wydłuża czas adaptacji czy wyznacza osoby, które są przewodnikami dziecka. Mimo wszystko integracja z dziećmi bez zaburzeń może mieć pozytywny wpływ na rozwój dziecka. Początkowo postępy w nauce dziecka są stosunkowo wysokie. Problemy występują głównie z pisaniem, chociaż dziecko poznaje litery i cyfry dość wcześnie [8]. Osoby z zespołem Aspergera mają problem ze zrozumieniem zawiłych poleceń, zdań wielokrotnie złożonych, często potrzebują wskazania przez nauczyciela konkretnej strony czy wytłumaczenia polecenia, sposobu rozwiązywania zadań indywidualnie dla nich. Konieczne jest wolniejsze wydawanie poleceń, najlepiej podzielonych na mniejsze części. Dziecko obciążone tym zaburzeniem zapamiętuje głównie obrazy. Materiał w szkole wymaga natomiast głównie myślenia werbalnego. Dziecku może pomóc w nauce wyobrażenie sobie niektórych zagadnień, np. dzięki korzystaniu z liczydła [5, 7].

Kolejnym problemem jest karcenie dziecka. Jeśli nauczyciel będzie zwracał uwagę uczniowi z tym zaburzeniem mówiąc, że robi coś źle, brzydko wychodzą mu jakieś prace czy nie ma talentu do pewnych kwestii, dziecko może odmówić późniejszego wykonywania tych czynności. Szczególnie nasilone jest to przy publicznym zwróceniu uwagi dziecku. Podobnie sytuacja wygląda, gdy dziecko uważa, że jakieś zadanie jest dla niego za trudne. Nie chce wykonywać tej pracy, wyłącza się i zamyka się w swoim świecie. Skupienie się na poleceniach i tematach lekcji w szkole jest utrudnione także przez fiksacje dziecka [7, 8].

Myśli odbiegają do ulubionych zagadnień i dziecko bardzo niechętnie wykonuje czynności szkolne. Także wykonywanie prac domowych jest zaniedbywane przez takie dzieci. Wynika to m.in. z faktu, że chciałyby oddzielić to co dzieje się w szkole, od tego co robią w domu. Trudności z organizacją dnia czy ustalaniem priorytetów również wpływają na trudność z znalezieniem czasu i zmotywowaniem się do odrobienia pracy domowej [5].

Bardzo ważna jest współpraca między rodzicami a pedagogami. Pomoże to znaleźć najlepsze rozwiązania problemów dziecka, ułatwi zrozumienie trudności i pozwoli na dalsze pokierowanie go do odpowiedniego specjalisty. Opiekunowie i nauczyciele mogą się wiele od siebie nauczyć. Dobra komunikacja może zaowocować zaproponowaniem dziecku właściwej terapii, treningów poprawiających pracę mózgu czy może pomóc poznać zachowania dziecka w różnych sytuacjach i nauczyć się jak ich unikać.

Podsumowanie

Coraz częstsze stawianie diagnozy, jaką jest zespół Aspergera, wpływa na wzrost zainteresowania tym tematem. Dzięki temu poszerza się wiedza klinicystów, psychologów, nauczycieli i rodziców na temat zaburzeń ze spektrum autyzmu. Konieczna jest pomoc małemu człowiekowi, aby świat, który dopiero poznaje, nie wydawał się przerażającym i niezrozumiałym miejscem. Szybkie postawienie diagnozy i rozpoczęcie terapii może umożliwić dziecku normalny rozwój i uniknięcie problemów w przyszłości. Akceptacja ze strony rodziny i społeczeństwa wpłynie pozytywnie na samoocenę dziecka, docenienie swoich mocnych stron, a także akceptację swojego zaburzenia. Nie wolno pozostawić dziecka samemu sobie, ani pozwalać na odtrącanie go przez innych, ponieważ będzie to prowadziło do większego wycofania dziecka, zamykania się w sobie czy nawet depresji.

Życie z zespołem Aspergera nie jest proste. Codzienne czynności, spotkania z przypadkowymi osobami na ulicy, poznawanie nowych miejsc, zapachów czy smaków może stanowić barierę nie do pokonania. Zaburzenie to jest trudne nie tylko dla pacjenta, ale również dla jego rodziców, rodzeństwa, jak i całego otoczenia. Pamiętanie, że niczego nie można uczyć dziecka na siłę, konsultacje specjalistów i prowadzenie z dzieckiem rozmów może przynieść sukces jakim będzie polepszenie jakości życia dzieci z tym zaburzeniem. Ciężka praca nad powiększeniem komfortu dziecka na pewno zaowocuje w przyszłości. Warto dbać o prawidłowy rozwój osób z zespołem Aspergera, ponieważ te dzieci są tak samo ważne i wyjątkowe jak ich zdrowi rówieśnicy, mogą wieść normalne życie, a do tego mają w sobie ogromny potencjał, którego nie można zmarnować. Nie wiadomo czy jedno z tych

zgubionych, przestraszonych, zamkniętych w sobie dzieci, nie zostanie kiedyś wielkim naukowcem, który dzięki niespotykanym zdolnościom rozwinięte współczesne technologie czy odnajdzie sposób na problemy, których do tej pory nikt nie mógł rozwiązać.

Piśmiennictwo

1. Kozdroń A.: Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc. Diffin, Warszawa 2015.
2. Bryńska A.: Badanie funkcji semantycznych u osób z zespołem Aspergera. Rozprawa habilitacyjna, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM, 2012.
3. Frith U.: Autyzm i zespół Aspergera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, 17-18
4. Twórcy strony: <http://www.centrum-terapii.pl/diagnoza-autyzmu-warszawa/> (data pobrania: 18.07.2017).
5. Attwood T. Zespół Aspergera Kompletny przewodnik. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
6. Maciarz A., Biadasiewicz M.: Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera. Impuls, Kraków 2005, 32 -39.
7. Winter M.: Zespół Aspergera: Co nauczyciel wiedzieć powinien. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006.
8. Mazuś M.: Zagubieni w rzeczywistości. Aspekty, 2006, 1 (30), 39-41.

**Humańska Marzena Agnieszka, Kaczmarczyk Kaja, Ulenberg Agata,
Felsmann Mirosława**

Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Sposoby radzenia sobie ze stresem w cukrzycy typu 2 u osób starszych

Wstęp

Cukrzyca typu 2 często nazywana jest również cukrzycą insulinoniezależną. Jest to choroba metaboliczna, która charakteryzuje się opornością na insulinę, niedoborem insuliny, a przede wszystkim wysokim stężeniem glukozy we krwi. Prawie 90% zachorowań na cukrzycę stanowią zachorowania na 2 typ tej choroby. Oprócz czynników genetycznych w rozwoju tej jednostki chorobowej dużą rolę odgrywają czynniki zależne od człowieka takie jak otyłość przeważnie brzuszna, mała aktywność fizyczna, nieodpowiednia dieta a także siedzący tryb życia. Ten typ cukrzycy występuje przeważnie w starszym wieku, ujawnia się bowiem około 45 roku życia. Dotyczy on coraz większej liczby ludzi i zaliczany jest do grupy chorób cywilizacyjnych [1, 2]. Cukrzyca insulinoniezależna typu 2 klinicznie charakteryzuje się hiperglikemią, nie wykazując przy tym tendencji do kwasicy ketonowej. Chorzy wymagają okresowej lub stałej insulinoterapii w celu wyrównania hiperglikemii i zapobiegania jej skutkom klinicznym, które mogą prowadzić do śpiączki cukrzycowej [3]. W wyspach trzustkowych chorych z cukrzycą typu 2 utrzymywany jest stały stosunek komórek beta do komórek alfa i u większości zachowana jest prawidłowa masa komórek [4, 5, 6]. W trakcie wytworzenia się hiperglikemii na czczo, komórki beta utraciły już 50-60% swojej wydolności wydzielniczej. Stan ten jest główną przyczyną hiperglikemii na czczo w cukrzycy typu 2 [7]. Większość przypadków cukrzycy typu 2 przebiega bezobjawowo i rozpoznaje się go na podstawie badań laboratoryjnych. Występuje ona częściej u osób starszych, prowadzących siedzący tryb życia, otyłych, które przyjmują leki diabetogenne, a także u osób u których w rodzinie stwierdza się przypadki cukrzycy [8, 9, 10, 11].

Niestety rozpoznanie cukrzycy typu 2 jest znacznie trudniejsze. Bowiem objawy długo nie budzą podejrzeń chorego i pozostają niezauważone [19]. W tym typie cukrzycy należy

pamiętać, że u pewnej grupy chorych nie występują żadne objawy choroby pomimo utrzymujących się wysokich wartości poziomu glukozy. Objawy takie jak utrata wagi, zmęczenie, wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu, infekcje skórne, zaburzenia widzenia czy świąd sromu często pozostają niezauważone [10].

Potwierdzeniem rozpoznania cukrzycy jest pomiar glukozy we krwi. Stężenie to wyraża się w liczbie miligramów glukozy na decylitr albo milimol glukozy na litr [8, 10]. Leczenie ma na celu nie tylko zmniejszenie takich objawów jak poliuria, polidypsja oraz osłabienie ogólne. Ma ono przede wszystkim zapobiegać lub opóźniać ujawnienie się powikłań cukrzycy [12]. Po rozpoznaniu cukrzycy typu 2 wprowadza się postępowanie niefarmakologiczne takie jak dieta oraz wysiłek fizyczny [10, 13]. Oprócz postępowania niefarmakologicznego, w pierwszym rzędzie stosuje się lek o nazwie metformina. W przypadku gdy po kilku miesiącach stosowania takiego leczenia nie obserwujemy wyrównania glikemii, należy dołączyć inne leki [12]. Inną możliwością jest włącznie do leczenia nowej grupy leków czyli inkretynin, zwiększają one wydzielanie insuliny poprzez aktywację osi żołądkowo-jelitowej. Jeżeli nadal nie osiągnie się spodziewanego efektu, możliwe jest dołączenie trzeciego leku, który obniża poziom glukozy we krwi. Lekami takimi są pochodne sulfonilomocznika, glinidy, akarboza. Kolejnym etapem jest zastosowanie insuliny, jeżeli nie istnieją przeciwwskazania w połączeniu z metforminą [14, 15].

Zachorowanie na cukrzycę, czyli chorobę przewlekłą, jest sytuacją stresotwórczą [16]. Chory podlega ciągłym czynnikom nerwicorodnym, którym jest na przykład ciągły kontakt z placówkami służby zdrowia. W bardzo dużym stopniu wpływa ona na funkcjonowanie pacjenta oraz na jego jakość życia. Na skutek depresji kontakt i współpraca lekarz- pacjent jest zaburzona, pacjent nie przestrzega wszystkich zasad terapii co czyni ją mniej skuteczną. Pacjent żyje ze świadomością choroby przewlekłej, jego podświadomość umniejsza jego rolę społeczną, w środowisku rodzinnym oraz szkolnym. Edukator ma za zadanie przekazywanie wiedzy, nauczanie umiejętnego radzenia sobie ze stresem, a także wzmacniania osobowości [10].

Istnieje także podział form przystosowania się do choroby: świadomość istnienia choroby oraz utożsamienie się z nią. Każda z nich pełni inną funkcję. Pierwsza aktywizuje do radzenia sobie z chorobą bez względu na to w jakim stadium zaawansowania się znajduje, natomiast druga powoduje wyłączenie mechanizmów obronnych, prowadzi do depresji, załamania, zwątpienia czy poczucia beznadziejności. Radzenie sobie ma przypisane dwie funkcje: samoregulacji emocji (łagodzi negatywne stany emocjonalne, minimalizuje poczucie napięcia) oraz zadaniową (poprawa stosunków z otoczeniem) [17, 18].

Formy zadaniowe mają poprawić stan zdrowia chorego, są to zachowania przyczyniające się do pokonania napotkanych trudności lub zebrania informacji mogących pomóc w ich rozwiązaniu. Układy wartości kształtują się pozytywnie lub negatywnie. Pozytywne cele to te do których człowiek cały czas dąży, negatywne zaś utrudniają osiągnięcie zamierzonego celu. Główną cechą formy zadaniowej jest zachowanie, które jest celowe i ma za zadanie przekształcenie zaistniałej sytuacji. Posiadanie adekwatnego obrazu choroby, a następnie zmiana go w zadanie, które trzeba wykonać są podstawą rozpoczęcia działania mającego na celu uwolnienie się od przewlekłej choroby. Realizacja tego zadania jest zależna od wielu składowych: nałogów, nawyków zdrowotnych, stopnia dostępności do lekarza, a także zasobów finansowych. Formy radzenia sobie z chorobą przewlekłą to ekspresja emocji, adaptacja choroby, zaprzeczanie oraz unikanie [17].

Cel pracy

Celem pracy była ocena radzenia sobie ze stresem u osób starszych chorujących na cukrzycę typu 2.

Material i metody

Badania przeprowadzono wśród osób po 65 roku życia z cukrzycą typu 2 na terenie Bydgoszczy. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Badania przeprowadzono poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem. Do badań użyto standaryzowanego kwestionariusza CISS- radzenia sobie w sytuacjach stresowych zakupionego w Pracowni Testów Psychologicznych oraz metryczkę danych socjo-demograficznych własnej konstrukcji. Kwestionariusz CISS zawiera 48 pozycji. Odpowiedzi każdej z nich są punktowane w skali od 1 do 5, zgodnie z punktacją przedstawioną na arkuszu odpowiedzi.

CISS posiada 3 skale:

1. Skala Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) – określa styl radzenia sobie ze stresem, w którym główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu.
2. Skala Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) – określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie.

3. Skala Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) – określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Skala SSU zawiera dwie podskale:
- a) angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się,
 - b) poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Osiągnięty wynik ocenia się przez odniesienie ich do norm stenowych. Przy ocenie wyników stenowych skorzystano z następującej kategoryzacji:

Sten 1 – 3 wyniki niskie

Sten 4 – 7 wyniki przeciętne

Sten 8 – 10 wyniki wysokie

Wszystkie obliczenia i ryciny wykonano arkuszem kalkulacyjnym Microsoft Excel i Statistica 10.0. Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Przyjęto również poziom istotności $p \leq 0,05$ jako poziom istotny statystycznie.

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 75 osób. Badanymi osobami byli chorzy na cukrzycę typu 2 powyżej 65 r.ż. Do badań użyto Kwestionariusza Radzenia Sobie W Sytuacjach Stresowych- CISS oraz ankietę własnej konstrukcji z danymi socjodemograficznymi. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej CM w Bydgoszczy.

W grupie badanych kobiety stanowiły zdecydowaną większość- 62,7%, czyli 47 osób, pozostali to mężczyźni- 37,3% . Badanych podzielono na cztery przedziały wiekowe. Najlicniejszy okazał się przedział wiekowy 65- 74 lata – 34 osoby (45,3%), 75-84 lata- 32 osoby (42,7%), 85-90 lat- 8 osób (10,7%), a tylko 1 osoba powyżej 90 roku życia. W badaniu brały udział przeważnie osoby z wykształceniem podstawowym, było to 51 osób (68%), wykształcenie średnie posiadało 22 osoby (29,3%), najmniej liczną grupą były osoby z wykształceniem wyższym- 2 osoby. Ponad połowę badanych stanowiły osoby owdowiałe – 41 osób, najmniej liczną grupę stanowiły osoby rozwiedzione – 4 osoby. Nie odnotowano panien/kawalerów. Zdecydowaną większość wśród badanych stanowili mieszkańcy miast do 15 tys. - 44 osoby. Emeryci stanowili największą liczbę badanych, wynosiła ona 60 osób. Najmniej liczną grupę osoby aktywne zawodowo - 4 osoby. W badanej grupie osób

bezdietnych było 4, najwięcej badanych deklarowało posiadanie dwójki dzieci - aż 33 osoby. Najwięcej badanych wskazało na zamieszkiwanie w mieszkaniu własnościowym – 35 osób. Najmniej wskazało na zamieszkiwanie w wynajętym lokum lub w innym miejscu – po 6 osób. Najwięcej badanych wskazało na zamieszkiwanie z dziećmi – 29 osób. Najmniej wskazało na zamieszkiwanie ze współmałżonkiem i dziećmi – 6 osób. Najwięcej badanych wskazywało, że od zdiagnozowania cukrzycy upłynęło 6-10 lat – 23 osoby lub 11-15 lat – 20 osób. Najmniej wskazało na okres do 1 roku – 3 osoby.

Wyniki skali CISS- Skala SSZ określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Średnia grupy w tej skali punktowej wyniosła 49,83 punktu (mediana – sten 4,28). Badani jak można przypuszczać, w sytuacjach stresu w małym stopniu koncentrują się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w skali SSZ uzyskali sten 4 – 24 osoby (32,0%), sten 3 – 16 osób (21,3%) oraz sten 5 – 13 osób (17,3%). Wyniki wysokie uzyskało zaledwie – 6 osób (8,0%), wyniki niskie – 47 osób (62,7%). Nikt nie uzyskał stenu 9 i 10.

Skala SSE dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy czy napięcie. Średnia grupy w skali SSE wyniosła – 46,91 punktu (mediana – sten 5,65). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 6 – 20 osób (26,7%), sten 5 – 17 osób (22,7%) oraz sten 7 – 15 osób (20,0%). Najwięcej badanych uzyskało w tej skali wyniki przeciętne – 37 osób (49,3%), wyniki wysokie – 21 osób (28,0%). Nikt nie uzyskał stenu 1.

Skala SSU, określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, 44,71 punktów (mediana – sten 5,52). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 5 – 19 osób (25,3%), sten 6 – 18 osób (24,0%) oraz sten 3 – 10 osób (13,3%). Nikt nie uzyskał stenu 1. Najwięcej badanych uzyskało w tej skali wyniki przeciętne – 37 osób (49,3%). Wyniki wysokie tyleż samo co niskie – po 19 osób (po 25,3%).

Styl SSU może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Średnia grupy w podskali (ACZ) wyniosła 20,31 punktu (mediana – sten 5,92). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 5 – 22 osoby (29,3%), sten 7 – 17 osób (22,7%) i sten 4 – 11 osób (14,7%). Nikt z badanych nie uzyskał stenu 1 i 2. Najwięcej badanych uzyskało wyniki przeciętne – 32 osoby (42,7%), najmniej wyniki niskie – 14 osób (18,7%).

Średnia grupy w podskali (formie) PKT, wyniosła 18,57 punktu (mediana – sten 5,07). Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w tej podskali uzyskali sten 6 – 21 osób (28,0%), sten 4 i 6 – po 14 osób (po 18,7%). Najwięcej badanych uzyskało wyniki przeciętne – 35 osób (46,7%), najmniej wyniki wysokie – 13 osób (17,3%).

Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pozwala na określenie dominującego sposobu radzenia sobie ze stresem. O dominacji mówimy wtedy, gdy wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy od wyników w dwóch pozostałych skalach. Analiza intra indywidualna wyników w skalach, pozwala także na wyodrębnienie osób, które w takim samym stopniu przejawiają wszystkie trzy style (brak jest istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach) oraz osób, u których nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali są istotnie wyższe od wyników w drugiej skali, ale nie różnią się od wyników w trzeciej skali.

Najwyższe wyniki skali SSZ, SSU, ACZ i PKT odnotowano wśród mieszkańców miasta 15-100 tys. mieszkańców, najniższe wśród mieszkańców miasta do 15 tys. W skali SSE, najwyższy wynik odnotowano wśród mieszkańców miasta do 15 tys., najniższy wśród mieszkańców miasta powyżej 100 tys. W grupie mieszkańców miasta do 15 tys. mieszkańców, najwięcej badanych preferowało trzy style radzenia sobie ze stresem – 19 osób (43,2%) oraz styl SSE – 14 osób (31,8%). W najmniejszym stopniu styl SSU – 2 osoby (4,5%). W grupie mieszkańców miasta 15-100 tys., w największym stopniu trzy style – 5 osób (50,0%) i dwa style – 3 osoby (30,0%). W grupie mieszkańców miasta powyżej 100 tys. mieszkańców, najwięcej badanych preferowało trzy style i styl SSU – po 6 osób (po 28,6%) oraz dwa style – 5 osób (23,8%). W najmniejszym stopniu styl SSZ – 1 osoba (4,8%). W grupie o czasie od diagnozy do 5 lat, najwięcej badanych preferowało trzy style radzenia sobie ze stresem – 12 osób (60,0%) oraz styl SSU – 4 osoby (20,0%). W najmniejszym stopniu styl SSE – 1 osoba (5,0%). W grupie o czasie 6-10 lat, w największym stopniu trzy style – 8 osób (34,8%) oraz 2 style – 7 osób (30,4%). W najmniejszym stopniu styl SSU – 2 osoby (8,7%). W grupie o czasie 11-15 lat, w największym stopniu trzy style – 7 osób (35,0%) oraz styl SSE i dwa style – po 5 osób (po 25,0%). W najmniejszym stopniu styl SSZ – 1 osoba (5,0%). W grupie o czasie 16-20 lat, w największym stopniu styl SSE – 3 osoby (42,9%) oraz trzy style – 2 osoby (28,6%). W grupie o czasie powyżej 20 lat, w największym stopniu styl SEE – 3 osoby (60,0%). Pozostali dwa style i trzy style – po 1 osobie (po 20,0%).

Dyskusja

Badania własne wykazały, iż wiek nie ma istotnego statystycznie wpływu na styl radzenia sobie ze stresem. W badanej grupie widoczna jest dominacja 3 stylów oraz stylu SSE. Wszystkie 3 style preferowało – 30 osób (40,0%), styl SSE – 18 osób (24,0%) i 2 style – 17 osób (22,7%). W najmniejszym stopniu badani preferowali styl SSZ – 1 osoba (1,3%). W grupie wiekowej 65-74 lata najczęściej badanych preferowało wszystkie trzy style – 13 osób (38,2%) oraz 2 style – 8 osób (23,5%). Najmniej styl SSZ – 1 osoba (2,9%). W grupie wiekowej 75-84 lata najczęściej badanych preferowało wszystkie 3 style – 14 osób (43,8%) oraz styl SSE – 9 osób (28,1%). Najmniej styl SSU – 3 osoby (9,4%). W grupie wiekowej 85 i więcej lat preferencja rozłożyła się równomiernie na wszystkie 3 style, 2 style i styl SSE – po 3 osoby (po 33,3%). Styl skoncentrowany na emocjach, czyli własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie dominował w badanej grupie, gdyż pacjenci chorujący przewlekle mają poczucie winy, że zachorowali i muszą być pod ciągłą kontrolą i leczeniem a to dla większości chorych może powodować zły stan psychiczny. Odmienne wyniki uzyskano w badaniach Huber i Kowalskiej-Wojtysiak, gdzie w grupie badanej dominował styl zadaniowy [19, 20].

Badania własne wykazały, wpływ miejsca zamieszkiwania na style radzenia sobie ze stresem. W każdej grupie miejsca zamieszkania (miasto do 15 tys. mieszkańców, od 15-100 tys. mieszkańców oraz powyżej 100 tys. mieszkańców) najlepiej preferowane są trzy style radzenia sobie ze stresem. Jednak oprócz tych stylów w miastach do 15 tys. mieszkańców preferowany jest styl SSE, w mieście od 15-100 tys. mieszkańców dwa style, a w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców styl SSU. Natomiast najmniej preferowane są: w miastach do 15 tys. mieszkańców styl SSU, w mieście od 15-100 tys. mieszkańców SSZ, a w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców SSZ. Uważam, że styl radzenia sobie ze stresem nie jest uzależniony do miejsca zamieszkania, tylko od predyspozycji, charakteru i czasu chorowania danej osoby. Nie wiadomo jak badanie własne korelują z innymi wynikami, gdyż w literaturze przedmiotu nie znajduje się danych na ten temat.

W badaniach własnych wykazano, że w grupie badanych o czasie od diagnozy do 5 lat, najczęściej osób preferowało trzy style radzenia sobie ze stresem oraz styl SSU. W najmniejszym stopniu styl SSE. W grupie o czasie 6 -10 lat, w największym stopniu trzy style. W najmniejszym stopniu styl SSU. W grupie o czasie 11- 15 lat, w największym stopniu trzy style oraz styl SSE. W najmniejszym stopniu styl SSZ. W grupie o czasie 16 -20 lat, w największym stopniu styl SSE oraz trzy style. W grupie o czasie powyżej 20 lat, w

największym stopniu styl SEE. Z przeprowadzonych badań można wywnioskować, że czas choroby ma znaczenie w wyborze stylu radzenia sobie ze stresem. Styl radzenia sobie ze stresem jest ściśle związany z czasem chorowania. Na każdym etapie choroby, podejście do niej zmienia się, zatem styl radzenia sobie z nimi również ulega zmianie.

Wnioski

Na podstawie zebranego materiału badawczego wysunięto następujące wnioski:

1. Nie wykazano istotnie statycznych różnic pomiędzy wiekiem badanych, a stylem radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Wszystkie badane grupy preferują 3 style radzenia sobie ze stresem oraz styl SSE.
2. Wykazano różnice istotne statystycznie pomiędzy miejscem zamieszkania, a stylem radzenia sobie ze stresem. Im większa liczebności ludności tym badanie częściej wybierali styl zadaniowy.
3. Wykazano istotne różnice pomiędzy czasem chorowania, a stylem radzenia sobie ze stresem. Wykazano, że osoby chorujące krócej wybierają styl unikania myślenia o chorobie, im choroba trwa dłużej styl radzenia sobie ze stresem zmierza do koncentracji na sobie i własnych emocjach.

Piśmiennictwo

1. Motzing G., Schwarz S.: Pielęgniarstwo geriatryczne. Elsevier Urban and Partner, Wrocław 2012.
2. Zozulińska D.: Historia naturalna i leczenie cukrzycy typu 2. Przewodnik Lekarza, 2006, 3,30-39.
3. Skupień J., Małecki M.: Rozbudowanie podziału cukrzycy- nowe podtypy i możliwości leczenia. Diabetologia Praktyczna, 2007, 8 (1), 1-12.
4. Pupek-Musialik D., Kujawska-Łuczak M., Bogdański P.: Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku. Przewodnik Lekarza, 2008, 1,117-123.
5. Małecki M., Skupień J.: Cukrzyca u starszego mężczyzny – specyfika patofizjologiczna i kliniczna, Przewodnik Lekarza, 2008, 3, 40-43.
6. Thor P.: Podstawy patofizjologii człowieka. Wyd. Vesalius, Kraków 2009.
7. Colwell J.A.: Cukrzyca, nowe ujęcie diagnostyki i leczenia. Wyd. Urban&Partner , Wrocław 2004.

8. Bronisz A., Głuch E., Rotkiewicz K. i wsp.: Występowanie czynników ryzyka cukrzycy typu 2 u krewnych chorych. *Diabetologia Praktyczna*, 2008, 9 (2), 82–88.
9. Gaede P., Lund-Andersen H., Parving H.H., Pedersen O.: Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 2008, 358,580–591.
10. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2017. *Diabetologia Praktyczna*, 2017, 3 supl A.
11. Czech A.: Postępy w diagnostyce i leczeniu ostrych oraz przewlekłych powikłań cukrzycy. *Przewodnik Lekarza*, 2009, 1, 14-21.
12. Bartkowiak R., Wożakowska-Kapłon B., Stępień A.: Zespół metaboliczny epidemia naszych czasów, nowa definicja, cele działań prewencyjnych i leczniczych, *Przewodnik Lekarza*, 2005, 6, 32-38.
13. Drzewoski J., Głowacka A., Kasznicki J.: Type 2 diabetic patients compliance with drug therapy and glycaemic control. *Diabetologia Doświadczalna i Kliniczna*, 2007, 7(4), 199-203.
14. Bernas M., Czech A., Szczeklik-Kumala Z.: Nowe ujęcie insulinoterapii w cukrzycy typu 2. *Przewodnik Lekarza*, 2009, 2, 42-47.
15. Milczarczyk A., Franek E., Cichocka E., Gumprecht J.: Nowe możliwości terapeutyczne w cukrzycy typu 2 — praktyczne zastosowanie inhibitora SGLT2 na przykładzie kanagliflozyny. *Diabetologia Kliniczna*, 2015, 4(5),204-209.
16. Cieślak R., Elias A.: Wsparcie społeczne a osobowość [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Sęk H., Cieślak R. (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2011, 68-90.
17. Miniszewska J., Chodkiewicz J. : Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu. *Przewodnik Lekarza*, 2013, 70 (7), 448-453.
18. Berthold H.K., Bestehorn K.P., Jannowitz C. i wsp.: Disease management programs in type 2 diabetes: quality of care. *American Journal of Managed Care*, 2011, 17, 393–403.
19. Huber L.: Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91(2), 268-275.

20. Kowalska-Wojtysiak M. Wsparcie społeczne płynące od partnerów życiowych a radzenie sobie z chorobą przewlekłą (na podstawie cukrzycy typu 2) przez kobiety i mężczyzn. *Nowiny Lekarskie*, 2012, 81(3),187–196.



ISBN komplet
978-83-946571-7-8

ISBN Tom I
978-83-948644-4-6

