

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

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

www.pzp.umed.wroc.pl

2017, vol. 7, nr 1 (styczeń–marzec)

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



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

ISSN 2082-9876 (PRINT)

ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

KWARTALNIK/QUARTERLY
2017, vol. 7, nr 1
(styczeń–marzec)

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

Adres Redakcji

Address of Editorial Office

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

Adres Wydawcy

Address of Publisher

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

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wrocław 2017

Wersją pierwotną wszystkich opublikowanych
artykułów jest wersja elektroniczna

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

Dominik Krzyżanowski

Zastępca Redaktora Naczelnego

Vice-Editor-in-Chief

Katarzyna Neubauer
Monika Wójta-Kempa

Sekretariat Redakcji

Editorial Secretariat

Miroslaw Chybicki
Mariusz Czarnecki
Monika Trojanowska
Ewelina Trościanko-Wilk

Redaktorzy tematyczni

Thematic Editors

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

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

Międzynarodowa Rada Programowa

International Advisory Board

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

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

Redaktor statystyczny/Statistical Editor

Anna Felińczak

Redakcja językowa i techniczna/Technical Editorship

Anna Gemza, Paweł Bednarek, Aleksandra Król, Paulina Kunicka,
Alicja Wojciechowska, Bożena Zmitrowicz-Grobelna

Native speaker artykułów w języku angielskim/English Language Copy Editor

Jason Schock

Polityka wydawnicza/Editorial Policy

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

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

Warunki prenumeraty/Terms of Subscription

Zamówienia na prenumeratę należy składać pod adresem:

Zofia Gacek

ul. K. Marcinkowskiego 2–6

50–368 Wrocław

tel.: +48 71 784 11 35

e-mail: zofia.gacek@umed.wroc.pl

numer konta: 35 1500 1793 1217 9000 9997 0000

cena zeszytu: 21 PLN, roczna prenumerata: 84 PLN

Projekt typograficzny: Monika Kołęda, Piotr Gil

Projekt okładki: Monika Kołęda

DTP: TYPO-GRAF

Nakład: 120 copies

Spis treści

Prace oryginalne

- 5 Ewa Z. Gieysztor, Ludwika Sadowska, Anna M. Choińska
Stopień integracji odruchów prymitywnych jako narzędzie diagnostyczne do oceny dojrzałości neurologicznej zdrowych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym
- 13 Katarzyna Mendyk, Kinga Antos-Latek, Monika Kowalik, Konrad Pagacz, Marcin Lewicki, Ewa Obel
Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia
- 19 Kamil Bukłaho, Mateusz Cybulski, Jolanta Ustymowicz-Farbiszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak
Styl życia a występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
- 27 Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek, Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska
Sposoby radzenia sobie ze stresem – badanie ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina
- 35 Ewa Malczyk, Marzena Zołoteńka-Synowiec, Beata Całyniuk, Agata Malczyk, Joanna Synowiec
Częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych przez studentów opolskich, śląskich i dolnośląskich uczelni
- 45 Jan M. Juzwiszyn, Iga Wiatrak, Katarzyna Golemo, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
Poziom wiedzy kobiet i mężczyzn na temat ostrego zespołu wieńcowego
- 53 Ilona Kapela, Ewelina Bąk, Sylwia A. Krzemińska, Agnieszka Foltyn
Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią
- 63 Magdalena Jastrzębiec-Święcicka, Mateusz Cybulski, Zofia Dzieciół-Anikiej, Elżbieta Krajewska-Kułak
Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego
- 69 Marzena Kaźmierczak, Marzanna Sołdyńska, Małgorzata Gierszewska, Grażyna Gebuza, Estera Mieczkowska
Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych
- 77 Ewa Wilczek-Rużyczka, Iwona Żaczyk, Katarzyna Obrzut
Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej

Prace pogładowe

- 85 Emilia Mikołajewska
Nieprawidłowo dobrane wymiary wózka dla osób niepełnosprawnych – zagrożenia i konsekwencje

List do Redakcji

- 89 Magdalena Żelechowicz, Ewa Pasięka
List do Redakcji dotyczący pracy pt. „Ochrona radiologiczna z punktu widzenia pacjentów Zakładu Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku” (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)
- 93 **Nowości wydawnicze**

Content

Original papers

- 5 Ewa Z. Gieysztor, Ludwika Sadowska, Anna M. Choirńska
The degree of primitive reflexes integration as a diagnostic tool to assess the neurological maturity of healthy preschool and early school age children
- 13 Katarzyna Mendyk, Kinga Antos-Latek, Monika Kowalik, Konrad Pagacz, Marcin Lewicki, Ewa Obel
Pro-health behavior in adolescents in regard to nourishment and physical activity
- 19 Kamil Bukłaho, Mateusz Cybulski, Jolanta Ustymowicz-Farbiszewska, Elżbieta Krajewska-Kułak
Lifestyle and the occurrence of back pain among the students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok
- 27 Olga Dąbska, Eliza Wołoszynek, Anna Kowalczyk, Ewelina Kozłowska
Ways of coping with stress: Survey based on the group of students from selected universities in Lublin
- 35 Ewa Malczyk, Marzena Zołoteńka-Synowiec, Beata Całyniuk, Agata Malczyk, Joanna Synowiec
The frequency of consumption of selected food products by students from Opole Voivodship, Lower Silesia and Silesian universities
- 45 Jan M. Juzwiszyn, Iga Wiatrak, Katarzyna Golemo, Mariusz Chabowski, Dariusz Janczak
The level of knowledge of men and women regarding acute coronary syndrome (ACS)
- 53 Ilona Kapela, Ewelina Bąk, Sylwia A. Krzemirska, Agnieszka Foltyn
Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy
- 63 Magdalena Jastrzębiec-Święcicka, Mateusz Cybulski, Zofia Dziecioł-Anikiej, Elżbieta Krajewska-Kułak
Functional assessment of patients with osteoarthritis of the knee
- 69 Marzena Kaźmierczak, Marzanna Sołdyńska, Małgorzata Gierszewska, Grażyna Gebuza, Estera Mieczkowska
Assessment of fear in women before childbirth
- 77 Ewa Wilczek-Rużyczka, Iwona Zaczyk, Katarzyna Obrzut
Professional burnout of palliative care nurses

Reviews

- 87 Emilia Mikołajewska
Incorrectly fitted wheelchair size – threats and consequences

Letter to the Editor

- 89 Magdalena Żelechowicz, Ewa Pasięka
Letter to the Editor regarding the article "Radiation Protection from the Point of View of Patients of the Radiology Department at the University Clinical Hospital in Białystok" (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)

- 93 **New books**

Stopień integracji odruchów prymitywnych jako narzędzie diagnostyczne do oceny dojrzałości neurologicznej zdrowych dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

The degree of primitive reflexes integration as a diagnostic tool to assess the neurological maturity of healthy preschool and early school age children

Ewa Z. Gieysztor^{1, A-D, F}, Ludwika Sadowska^{2, A, C, E, F}, Anna M. Chońska^{3, C, E, F}

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

² Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

³ Zakład Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):5–11

Adres do korespondencji

Ewa Gieysztor

e-mail: gieysztor.ewa@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 3.11.2016 r.

Po recenzji: 5.01.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 13.03.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Dojrzewanie układu nerwowego u dzieci następuje spontanicznie pod wpływem bodźców docierających z otoczenia. Integracja odruchów prymitywnych jest wyznacznikiem dojrzałości neurologicznej.

Cel pracy. Porównanie dojrzałości neurologicznej dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na podstawie stopnia integracji odruchów prymitywnych.

Materiał i metody. Badana grupa liczyła 135 dzieci (64 chłopców i 71 dziewczynek), wśród których przeprowadzono testy odruchów prymitywnych według Sally Goddard. Dzieci podzielono na 2 grupy ze względu na wiek. Grupę przedszkolną stanowiły dzieci w wieku 4–6 lat, a grupę szkolną dzieci w wieku 7–9 lat.

Wyniki. Badania pokazały, że wraz z wiekiem następuje samoistna integracja odruchów, która jest pełniejsza u dzieci w wieku szkolnym niż w grupie dzieci w wieku przedszkolnym. Najmniej zintegrowanymi odruchami wśród badanych dzieci są asymetryczny toniczny odruch szyjny (ATOS) oraz toniczny odruch błędnikowy (TOB). Odruch TOB oraz symetryczny toniczny odruch szyjny (STOS) w postaciach zgięciowych są natomiast najlepiej zintegrowanymi odruchami u respondentów. Największa różnica między grupami występuje w integracji TOB w postaci zgięciowej, której pełną postać osiągnęło 95% dzieci w wieku szkolnym i 65% dzieci w wieku przedszkolnym. Całkowity brak integracji odruchów ATOS lewostronnego i TOB wyprostnego zaobserwowano odpowiednio u 8% dzieci z grupy przedszkolnej i 3–4% dzieci z grupy szkolnej.

Wnioski. Wprowadzenie badań przesiewowych, a następnie terapii integracji odruchów na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej może być elementem prewencji zaburzeń rozwojowych. Przeprowadzenie szerszych badań populacyjnych, obrazujących obecność oraz wpływ przetrwałych odruchów prymitywnych na różne sfery życia dzieci zdrowych, umożliwiłoby określenie norm wiekowych dla integracji odruchów.

Słowa kluczowe: dzieci, integracja, prymitywne odruchy, dojrzałość neurologiczna

DOI

10.17219/pzp/69471

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

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

Abstract

Background. Maturation of the nervous system in children occurs spontaneously due to the influence of the stimuli arriving from the environment. The integration of primitive reflexes is an indicator of neurological maturity.

Objectives. The aim of the study is to compare neurological maturity of preschool and early school age children based on the degree of primitive reflexes integration.

Material and methods. One hundred thirty-five children (64 boys and 71 girls) were involved in the study and their primitive reflexes were tested by S. Goddard's tests. The children were divided into 2 groups according to age. Children aged 4–6 years were assigned to the preschool group and children aged 7–9 to the school age group.

Results. The study shows that spontaneous integration of reflexes occurs with age and is fuller in school age children than in preschool children. The least integrated reflexes among the surveyed children are asymmetric tonic neck reflex (ATNR) and tonic labyrinthine reflex (TLR). Reflex TLR and symmetric tonic neck reflex (STNR) in flexion forms are the best integrated reflexes in the study group. Between the 2 groups, the biggest difference exists in the integration of TLR FLX: The full integration was reached by 95% of children in the school age group and 65% of children in the preschool group. The total lack of integration of ATOS left hand and TOB erectile reflexes were observed in 8% of preschool children and 3–4% of school age children.

Conclusions. Introduction of screening tests and treatment of reflex integration at the stage of preschool and early childhood may be a part of the prevention of developmental disorders. Conducting wider populations studies showing the presence and impact of persistent primitive reflexes in various spheres of life of healthy children, would help to define age standards for the reflexes integration.

Key words: children, integration, primitive reflexes, neurological maturity

Wprowadzenie

Dojrzewanie układu nerwowego u dzieci następuje spontanicznie pod wpływem bodźców docierających z otoczenia. Miarą dojrzałości neurologicznej jest stopień integracji odruchów prymitywnych, m.in.: asymetrycznego tonicznego odruchu szyjnego (ATOS), symetrycznego tonicznego odruchu szyjnego (STOS) i tonicznego odruchu błędnikowego (TOB).¹

Odruchy prymitywne rozwijają się już w okresie płodowym, a w chwili przyjścia na świat zdrowego dziecka umożliwiają mu utrzymanie funkcji życiowych oraz jego dalszy rozwój.²

Motoryka odruchowa ma na celu przygotować dziecko do osiągnięcia kolejnych etapów funkcjonalnych i pozwala na stopniowe uruchamianie dróg nerwowych. Odruchy, po tym jak osiągną pełną dojrzałość, integrują się z centralnym układem nerwowym (CUN). Integracja odruchów do CUN we właściwym czasie warunkuje prawidłowy rozwój, a więc wykorzystanie pełnego potencjału rozwojowego dziecka.³

ATOS jest jednym z odruchów szyjnych integrowanych na poziomie pnia mózgu. Odruch ten występuje u niemowląt do 6. miesiąca życia. Wywoływany jest przez ruch skrętny głowy w jedną stronę, co pociąga za sobą równoczesny wyprost kończyny górnej i dolnej strony twarzowej, ze zgięciem kończyn po stronie potylicznej. Rozwija koordynację ruchowo-wzrokową w wieku niemowlęcym. Jeśli jednak asymetryczny toniczny odruch szyjny utrzyma się powyżej 6. miesiąca życia, wpływa w sposób niepożądany na ruchy kończyn lub wzmacnia napięcie mięśniowe w kończynach przy każdym ruchu rotacyjnym głowy. Do objawów niezintegrowanego odruchu ATOS należą m.in. trudności z przekraczaniem linii środkowej ciała, trudności

w czytaniu i podążaniu za tekstem. Mogą również wystąpić: słaba koordynacja oko–ręka oraz problemy w rozpoznawaniu kierunku. Dzieci, u których rozpoznano niezintegrowany asymetryczny toniczny odruch szyjny mają trudności w łapaniu i rzucaniu piłki oraz słabą równowagę.⁴

STOS pojawia się około 4. miesiąca życia, a integruje się ok. 6.–12. miesiąca. Odruch ten podczas zginania głowy wywołuje zgięcie kończyn górnych z równoczesnym wyprostem w kończynach dolnych. Wyprost głowy powoduje odwrotną reakcję napięciową, tzn. wyprost w kończynach górnych i zgięcie w dolnych. Symetryczny toniczny odruch szyjny stanowi „pomost” w rozwoju dziecka między pozycją leżącą a pozycją czworaczą, przygotowując dziecko do raczkowania. Jeżeli STOS nie zintegruje się, powoduje trudności w nauce szkolnej, słabe napięcie mięśniowe, widoczne szczególnie w niedbałej pozycji siedzącej, oraz słabą koordynację oko–ręka.⁵

TOB jest odruchem związanym z układem przedsionkowym. Wyróżnia się 2 postacie: TOB zgięciowy (ZG) i wyprostny (WYP). TOB ZG (przedni) pojawia się w życiu płodowym, a integruje się do CUN do 4. miesiąca życia. Wywoływany jest ruchem zgięciowym głowy, podczas którego noworodek przyjmuje pozycję zgięciową (płodową). TOB WYP (tylny) pojawia się przy porodzie, a zintegrowany zostaje od 7. tygodnia życia nawet do ukończenia przez dziecko 3 lat. Funkcją tonicznego odruchu błędnikowego jest pierwotne przeciwdziałanie sile grawitacji.⁶ Umożliwia noworodkowi wyprostowanie się z pozycji embrionalnej. Wywołuje napięcie jednej grupy mięśniowej z równoczesnym rozluźnieniem antagonistycznej. Dziecko ćwiczy równowagę, napięcie mięśniowe oraz czucie proprioceptywne.

Jeśli TOB nie zintegruje się do 6. miesiąca życia, zaburza rozwój kontroli głowy, uniemożliwia dziecku naukę

pełzania i raczkowania. Powoduje zaburzenia równowagi statycznej oraz koordynacji ruchowej. Dziecko z przewagą TOB ZG może mieć nieprawidłową postawę, szybko męczyć się w pozycji stojącej, niechętnie podejmować wysiłek fizyczny. Może mieć lęk wysokości spowodowany wrażeniem upadania, gdyż podczas ruchu zginania głowy samostnie uginają się kolana. Kolejną trudnością z powodu przetrwałego odruchu TOB może być nieprawidłowa ocena odległości, głębokości lub prędkości oraz problem z odróżnieniem stron (prawa–lewa, góra–dół, przód–tył). Dziecko może mieć chorobę lokomocyjną związaną z zaburzeniami układu przedsionkowego.⁷

Integrowanie się odruchów jest ważne z punktu widzenia gotowości dziecka do podejmowania i rozwijania funkcji motorycznych oraz możliwości szkolnych. Tylko dziecko w pełni zintegrowane może prawidłowo i bez zbędnego wysiłku realizować zadania odpowiednie dla wieku.

„Dojrzałość dziecka przychodzi z wiekiem” – prawda powszechnie uznawana jest odzwierciedlona w integracji odruchowej. Zaburzony proces integracji i wpływ śladowo przetrwałych odruchów na funkcjonowanie dziecka może być poważnym problemem w jego rozwoju. Wskazane jest określenie stopnia integracji odruchów prymitywnych w populacji dzieci zdrowych, aby mieć możliwość odniesienia się do norm w przypadku konkretnego dziecka. Pierwsze objawy zaburzeń integracji rzadko są wychwytywane przez rodziców lub lekarzy dziecka, gdyż sprawia ono wrażenie być może „odrobinę zbyt żywego” lub „niecierpliwego”, ale właściwie mieszczącego się w normie rozwojowej. W takim przypadku rezygnacja ze wczesnej diagnostyki odruchów i zastosowania terapii prowadzi do rozwoju zaburzeń na tym podłożu. Analizowany problem trafnie wyjaśnia zdanie A.E Tansley (1967): „Tylko dlatego, że dziecko wygląda normalnie, nie zakładamy, że jest gotowe do efektywnej nauki”.

Celem pracy było określenie różnicy w dojrzałości neurologicznej w grupie dzieci zdrowych w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym na podstawie stopnia integracji odruchów. Zbadano ponadto poziom występowania poszczególnych odruchów prymitywnych i wskazano różnice w ich spontanicznej integracji.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Do badań były kwalifikowane dzieci, których rodzice wyrazili pisemną zgodę na badania. Rodzice i dzieci zostali poinformowani o celu i przebiegu badania. Warunkiem wyłączenia było orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

W badaniu wzięło udział 135 zdrowych dzieci (64 chłopców i 71 dziewczynek) uczęszczających do wrocławskich placówek oświatowych. Dzieci podzielono na 2 grupy ze względu na wiek. Grupę przedszkolną (P) stanowiło

65 dzieci, a średnia ich wieku była równa 4,5 lat. Grupa szkolna (S) liczyła 70 dzieci, w której średnia wieku wynosiła 7,5 lat.

Do badań wykorzystano testy odruchów prymitywnych wg S. Goddard, oceniające występowanie odruchów w 5-stopniowej skali – 0–4, gdzie 4 oznacza brak integracji odruchu, a 0 to ocena określająca pełną integrację odruchu.^{7,8} Aby określić poziom integracji odruchów, wyniki zsumowano i odniesiono do skali przedstawionej w tabeli 1. Im większa suma punktów, tym niższy poziom integracji odruchów.

ATOS badano w pozycji klęku podpartego, wykonując biernie ruch głowy dziecka w kierunku rotacji w prawo, a następnie (po uprzednim powrocie do pozycji wyjściowej) w lewo. Obserwowano występowanie ruchu zgięcia w kończynie górnej od strony potylicznej i ruch wyprostny w kończynie po stronie twarzowej. Badano 2 rodzaje asymetrycznego odruchu szyjnego: prawostronny (P) i lewostronny (L). Przebieg badania przedstawiono za pomocą rycin 1 i 2.

STOS zgięciowy (ZG) i wyprostny (WYP) badano w pozycji klęku podpartego, wykonując biernie ruch głowy dziecka w kierunku zgięcia, a następnie wyprostny. Obserwowano występowanie ruchu w kończynach i tułowie. Przebieg badania pokazano na rycinach 3 i 4.

TOB zgięciowy (ZG) i wyprostny (WYP) badano u dziecka w pozycji stojącej ze złączonymi stopami. Polecono mu wykonanie skłonu głowy, podając komentarz: wykonaj ruch głową tak, jakbyś chciał popatrzeć na swoje stopy, a po chwili na sufit.

Tabela 1. Skala poziomu integracji odruchów prymitywnych

Table 1. The degree of primitive reflexes integration scale

Skala poziomu integracji odruchów		
suma punktów	poziom	nazwa poziomu
20–24	4	brak integracji
15–19	3	niewielka integracja
8–14	2	średni poziom integracji
1–7	1	niepełna integracja
0	0	pełna integracja



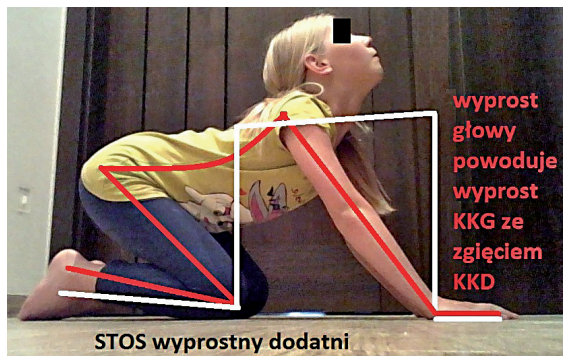
Ryc. 1. Pozycja wyjściowa do testu ATOS i STOS

Fig. 1. Initial position for the ATNR and STNR test



Ryc. 2. Test dodatni ATOS L

Fig. 2. Positive test ATNR L



Ryc. 3. Test dodatni STOS WYP

Fig. 3. Positive STNR EXT test



Ryc. 4. Test dodatni STOS ZG

Fig. 4. Positive STNR FLX test

Badane dzieci podczas przeprowadzania testu miały zamknięte oczy. Sposób badania przedstawiono za pomocą rycin 5–7.

Analizę statystyczną wykonano z użyciem pakietu STATISTICA 10. Obliczono średnie i odchylenie standardowe. Zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Istotność obliczono na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

Odruchami wykazującymi największy stopniem integracji są TOB ZG oraz STOS ZG, które są zintegrowane odpowiednio u 95 i 81% dzieci w wieku szkolnym oraz



Ryc. 5. Pozycja wyjściowa do testu TOB

Fig. 5. Initial position for the TNR test



Ryc. 6. Dodatni test TOB WYP

Fig. 6. Positive TLR EXT test

u 65 i 69% dzieci w wieku przedszkolnym. Najmniej zintegrowane pozostają odruchy ATOS L i TOB WYP. Całkowity brak integracji tych odruchów obserwowano u 8% dzieci w wieku przedszkolnym i 3–4% dzieci w wieku szkolnym. Nie zaobserwowano maksymalnego stopnia występowania odruchu STOS ZG u żadnego z dzieci w obydwu badanych grupach, a także STOS WYP u dzieci w wieku szkolnym. Procentowe wyniki integracji poszczególnych odruchów z podziałem na grupy przedstawia tabela 2.



Ryc. 7. Dodatni test TOB ZG

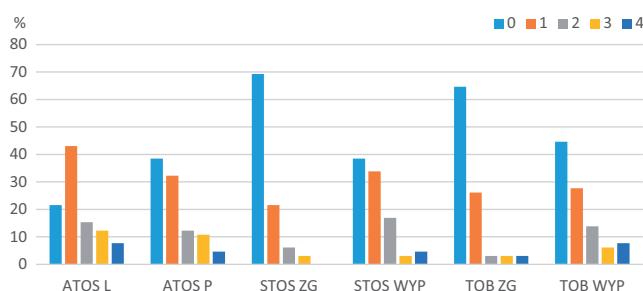
Fig. 7. Positive TLR FLX test

Zaobserwowano różny stopień nasilenia występujących odruchów przetrwałych. Asymetryczny toniczny odruch szyjny lewostronny występuje u 78% dzieci w wieku przedszkolnym i 66% dzieci starszych. ATOS P występuje rzadziej, tzn. u 62% dzieci w wieku przedszkolnym i 60% dzieci w wieku szkolnym. STOS ZG zaobserwowano u 31% dzieci w wieku przedszkolnym i 18% dzieci w wieku szkolnym. STOS WYP występuje u 62% dzieci w wieku przedszkolnym i 53% dzieci w wieku szkolnym. Odruch toniczny błędnikowy TOB ZG zaobserwowano u 35% dzieci w wieku 4–6 lat i u 6% dzieci w wieku 7–9 lat. Wyprostna postać TOB-u występuje u 55% dzieci w grupie P i 34% dzieci w grupie S. Graficzne zestawienie występowania odruchów w poszczególnych grupach z podziałem na stopnie integracji przedstawiają ryciny 8 i 9.

Dzieci w wieku wczesnoszkolnym uzyskują istotnie lepsze wyniki stopnia integracji odruchów w porównaniu z dziećmi w wieku przedszkolnym ($p < 0,05$). Największą różnicę zaobserwowano w poziomie integracji TOB oraz ATOS. Pełną integrację TOB ZG osiągnęło 65% dzieci

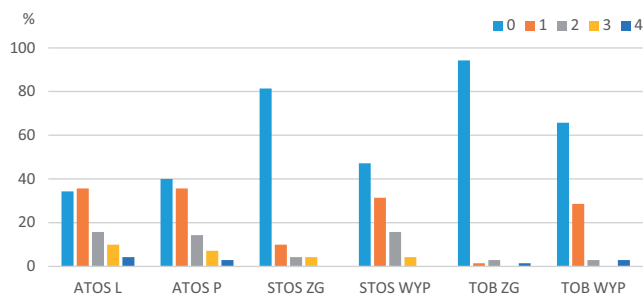
z grupy przedszkolnej przy pełnej integracji tego odruchu u 95% dzieci z grupy szkolnej. W przypadku ATOS, mimo że okazał się odruchem najslabiej zintegrowanym spośród pozostałych odruchów, różnica między grupami jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). Odruch ten jest w pełni zintegrowany u 22% dzieci z grupy przedszkolnej i 34% z grupy szkolnej, co obrazuje rycina 10.

U żadnego z badanych dzieci w grupie szkolnej nie występuje STOS zgięciowy i wyprostny w najwyższym stopniu nasilenia. W grupie przedszkolnej natomiast STOS WYP z maksymalnym nasileniem występuje u 5% badanych. Poziom 0 i 1 świadczący o pełnej integracji badanych odruchów lub występujących w śladowej postaci wykazano u większości dzieci z grupy szkolnej (84%). Różnice są istotne statystycznie na poziomie $p = 0,03$ (ryc. 11).



Ryc. 8. Zestawienie występowania odruchów w grupie przedszkolnej z podziałem na stopień integracji

Fig. 8. Overview of occurrence of reflexes in the preschool group with regard to the degree of integration



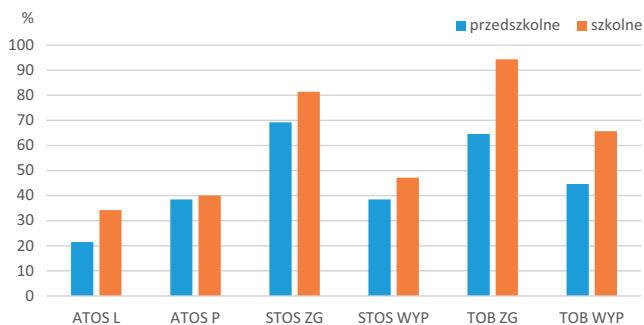
Ryc. 9. Zestawienie występowania odruchów w grupie szkolnej z podziałem na stopień integracji

Fig. 9. Overview of the occurrence of reflexes in the school age group with regard to the degree of integration

Tabela 2. Procentowe występowanie poszczególnych odruchów w zależności od nasilenia z podziałem na wiek dzieci

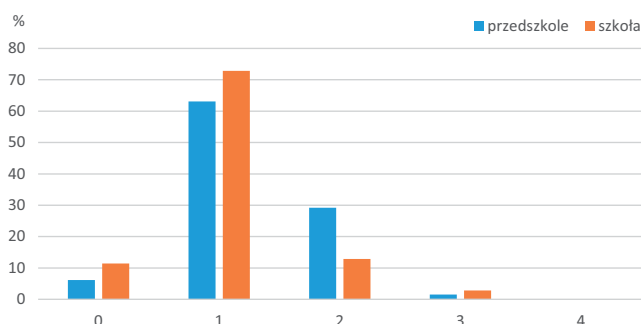
Table 2. Percentage occurrence of particular reflexes depending on the severity by children age

Skala	ATOS L (%)		ATOS P (%)		STOS ZG (%)		STOS WYP (%)		TOB ZG (%)		TOB WYP (%)	
	przed-szkolne	szkolne	przed-szkolne	szkolne	przed-szkolne	szkolne	przed-szkolne	szkolne	przed-szkolne	szkolne	przed-szkolne	szkolne
0	22	34	38	40	69	81	38	47	65	94	45	66
1	43	36	32	36	22	10	34	31	26	1	28	29
2	15	16	12	14	6	4	17	16	3	3	14	3
3	12	10	11	7	3	4	3	4	3	0	6	0
4	8	4	5	3	0	0	5	0	3	1	8	3



Ryc. 10. Procentowy rozkład pełnej integracji dla poszczególnych odruchów w grupie dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Fig. 10. Percentage distribution of full integration of particular reflexes in preschool and early school age children



Ryc. 11. Poziom integracji odruchów w dwóch badanych grupach

Fig. 11. Degree of reflexes integration in two studied groups

Omówienie

Przeprowadzone badania wskazują na istotną różnicę w dojrzałości neurologicznej dzieci z grupy przedszkolnej w porównaniu z dziećmi z grupy wczesnoszkolnej, na korzyść dzieci starszych. Badanie tej różnicy na poziomie integracji odruchów jest nowym elementem diagnostycznym u dzieci w wieku przedszkolnym i starszych. Zagadnienie to wydaje się poszerzać ocenę gotowości rozwojowej dziecka do podejmowania funkcji na poziomie wynikającym z wieku dziecka i umożliwi wyjaśnienie przyczyn pewnych zaburzeń rozwojowych u dzieci. Badania odruchów u dzieci w wieku powyżej niemowlęcego podejmowano głównie w przypadku występowania uszkodzenia centralnego układu nerwowego, zarówno w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, jak i nieprawidłowości w procesie przetwarzania słuchowego.^{9,10} Dotychczas sporadycznie wykonywano badania występowania odruchów przetrwałych u dzieci zdrowych. Jedynie u noworodków i niemowląt badanie odruchów prymitywnych jest stosowane jako jeden z czynników, na podstawie którego można obrazować dojrzałość neurologiczną dzieci.¹¹ Goddard zwróciła uwagę na wpływ przetrwałych odruchów noworodkowych na trudności szkolne wśród dzieci i zaproponowała sposób opisu integracji tych odruchów.⁷ Jej tropem poszli Kędziora et al., którzy ocenili występowanie odruchów prymitywnych w grupie dzieci zdrowych w wieku 4–8 lat. Stwierdzili obecność prymitywnych

odruchów u 36% badanych dzieci.¹² Grzywniak prowadziła badania, porównując 2 grupy dzieci – jedną stanowiły dzieci z domu dziecka, a drugą dzieci poddane terapii z powodu wykazywania trudności w uczeniu się. Zaobserwowała, że 55% dzieci ma przetrwałe odruchy prymitywne na poziomie 1 lub 2. Żadne z badanych dzieci nie otrzymało punktacji na poziomie 3 lub 4. Wyniki te różnią się wartościami poziomu nasilenia odruchów od wyników badań własnych. Może to być spowodowane różnicą wieku badanych dzieci.¹³

Wpływ śladowo przetrwałych odruchów prymitywnych u dzieci w wieku przedszkolnym na ich rozwój psychomotoryczny badała Gieysztor et al.¹⁴ Obniżona sprawność psychomotoryczna dzieci w wieku 4–6 lat w sytuacji występowania odruchów prymitywnych była wyraźna. Im większy był poziom występowania odruchów, tym mniejszą sprawnością wykazywało się dziecko w sferze psychomotoryki. Obserwując w niniejszym badaniu zwiększenie poziomu integracji odruchów u dzieci w wieku wczesnoszkolnym w porównaniu z grupą przedszkolną, należałoby spodziewać się poprawy stopnia sprawności motorycznej dzieci w wieku szkolnym wyrażonej testami. Rozwój neurologiczny i poziom sprawności motorycznej dzieci w wieku szkolnym powinny stanowić kolejne zagadnienie badawcze.

Badanie dzieci pod kątem ich dojrzałości neurologicznej, wykraczające poza granicę wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego, ma uzasadnienie także w profilaktyce zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych, m.in. dysleksji, której występowanie w przypadku braku integracji odruchów jest wnikliwie badane^{15,16,20}, ale również braku uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej.^{17–19,21–23} Ustalenie jakościowej i ilościowej integracji odruchów u dzieci i wczesne wdrożenie terapii ma zatem ogromne znaczenie w ich dalszym rozwoju. Stwierdzenie u dzieci ryzyka zaburzeń umożliwi niedopuszczenie do ich rozwinięcia się. Ma to ogromne znaczenie nie tylko z punktu widzenia samego dziecka, ale również nauczycieli i rodziców, którzy często nie znając podłoża problemów dziecka, po omacku lub nieskutecznymi metodami próbują wspomagać jego rozwój.

Interesującym zjawiskiem jest to, że u zdrowych dzieci w ogóle występują odruchy przetrwałe, w różnym stopniu nasilenia. Nasuwa się pytanie, czy pierwszy stopień integracji odruchów można uznać jeszcze za normę rozwojową, a dopiero od drugiego stopnia należy wprowadzić działania terapeutyczne. Być może w czasach ograniczonej aktywności ruchowej dzieci od wczesnych etapów życia normą rozwojową jest inny stopień integracji śladowo przetrwałych odruchów prymitywnych. Wątpliwości może rozwiązać prowadzenie dalszych badań.

Wnioski

Wyniki przedstawione w niniejszej pracy pozwalają na sformułowanie wniosku, że ocena odruchów powinna być jednym z elementów badania pediatrycznego w celu okreś-

lenia stopnia dojrzałości neurologicznej dzieci. Badanie takie mógłby przeprowadzać wykwalifikowany fizjoterapeuta we współpracy z lekarzem prowadzącym.

Większa dojrzałość neurologiczna dzieci w wieku szkolnym jest widoczna w stopniu nasilenia poszczególnych odruchów prymitywnych oraz w poziomie ich integracji.

Samoistna stopniowa integracja odruchów następuje wraz z wiekiem dzieci. W grupie dzieci w wieku szkolnym część odruchów przetrwałych nadal występuje na znacznym poziomie.

Wprowadzenie badań przesiewowych, a następnie terapii integracji odruchów na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej może stanowić element prewencji zaburzeń rozwojowych.

Przeprowadzenie szerszych badań populacyjnych, obrazujących obecność oraz wpływ przetrwałych odruchów prymitywnych na różne sfery życia dzieci zdrowych, umożliwiłoby określenie norm wiekowych dla integracji odruchów.

Piśmiennictwo

- Sadowska L: Rozwój dziecka. Podstawy anatomiczne i patofizjologiczne. [W:] Neurokinezyologiczna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego. Red.: Sadowska L. Wrocław: Wydawnictwo AWF; 2001.
- Grzywniak C: Stymulacja rozwoju dzieci z trudnościami w uczeniu się – nowe tendencje. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego; 2012.
- Sobaniec W, Kułak W: Mechanizmy uszkodzenia i neuroplastyczności mózgu u dzieci. [W:] Pediatria – co nowego? Red.: Otto-Buczkowska E. 2007;4–16.
- Grzywniak C: The effect of the form of persistent trace reflexes to rise the difficulties of school. *Szk Spec*. 2010;98–112.
- Blythe SG, Neuromotor Immaturity in Children and Adults: The INPP Screening test for clinicians and health practitioners. John Wiley & Sons; 2015.
- Masgutowa S, Akhmatowa N: Integracja odruchów dynamicznych i posturalnych z układem ruchowym całego ciała. Warszawa: MINK; 2005.
- Goddard-Blythe S: The role of primitive survival reflexes in the development of the visual system. *J Beh Opt*. 1995;6:31–35.
- Goddard-Blythe S: Attention, balance and coordination: The A.B.C. of Learning Success. Wiley; 2009.
- Strączyńska A, Radziwińska A, Weber-Rajek M, et al.: Functional assessment of children with cerebral palsy – current reports. *Adv Rehabil*. 2016;29(3):43–49.
- Livingstone N, McPhillips M: Primary reflex persistence in children with partial hearing. *Dev Neuropsychol*. 2014;39(3):233–247.
- Dytrych G: Kontrowersje wokół metody Vojty – spojrzenie terapeuty. *Neurol Dziec*. 2008;17(33):59–62.
- Kędziara J, Rola M, Stajszczyk A, et al.: Występowanie odruchów przetrwałych u dzieci oraz ich ocena wg metody Sally Goddard. [W:] Rehabilitacja współczesna. Red.: Paprocka-Borowicz M, Jarzab S, Kuciel-Lewandowska J. Wrocław: Katedra Fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2014.
- Grzywniak C: Wpływ śladowej postaci przetrwałych pierwotnych odruchów na powstanie trudności szkolnych – próba stawiania diagnozy. *Szk Spec*. 2010;2:98–112.
- Gieysztor EZ, Choińska AM, Paprocka-Borowicz M: Persistence of primitive reflexes and associated motor problems in healthy preschool children. *Arch Med Sci*. doi: 10.5114/aoms.2016.60503.
- McPhillips M, Hepper PG, Mulhern G: Effects of replicating primary-reflex movements on specific reading difficulties in children: a randomised, double-blind, controlled trial. *Lancet Lond Engl*. 2000;355(9203):537–541.
- McPhillips M, Sheehy N: Prevalence of persistent primary reflexes and motor problems in children with reading difficulties. *Dyslexia Chichester Engl*. 2004;10(4):316–338.
- Morrison DC, Hinshaw SP, Carte ET: Signs of neurobehavioral dysfunction in a sample of learning disabled children: stability and concurrent validity. *Percept Mot Skills*. 1985;61(3):863–872.
- Peer L, Reid G: Dyslexia: Successful inclusion in the secondary school. Routledge; 2001.
- Goddard-Blythe S, Hyland D: Screening for neurological dysfunction in the specific learning difficulty child. *Br J Occup Ther*. 1998; 61(10):459–464.
- Viana AR, Razuk M, de Freitas PB, et al.: Sensorimotor integration in dyslexic children under different sensory stimulations. *PLoS One*. 2013;8(8):72719.
- Konicarova J, Bob P, Raboch J: Persisting primitive reflexes in medication-naïve girls with attention-deficit and hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1457–1461.
- Taylor M, Houghton S, Chapman E: Primitive Reflexes and Attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Developmental Origins of Classroom Dysfunction. *Int J Spec Educ*. 2004;19:1.
- Madejewska M, Choińska AM, Gieysztor EZ, Trafalska A: Neuromotorical assessment of children aged 4–7 from the Kamienna Góra district based on Sally Goddard Tests. *Nurs Pub Health*. 2016;6(3): 179–186. doi: 10.17219/pzp/64033.

Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia

Pro-health behavior in adolescents in regard to nourishment and physical activity

Katarzyna Mendyk^{1, A-D}, Kinga Antos-Latek^{1, B-D}, Monika Kowalik^{2, A-C}, Konrad Pagacz^{3, B, C}, Marcin Lewicki^{4, D-F}, Ewa Obel^{4, D-F}

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin
Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź

⁴ Katedra i Klinika Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):13–17

Adres do korespondencji

Kinga Antos-Latek

e-mail: kinga.antos@gmail.com

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.04.2016 r.

Po recenzji: 11.07.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Aktywność fizyczna i zdrowe żywienie to podstawa prawidłowego rozwoju i dobrego stanu zdrowia. Szczególnie ważne są w okresie dojrzewania, ponieważ zdrowy styl życia dzieci i młodzieży wpływa stymulująco na ich rozwój fizyczny i umysłowy, a także na dobre samopoczucie i sprawność w późniejszym wieku. Nieprawidłowości w sposobie odżywiania się i aktywności fizycznej przyczyniają się do powstania chorób: układu sercowo-naczyniowego, otyłości, cukrzycy i osteoporozy. W ostatnich latach zwiększyła się ich liczba u dzieci i młodzieży. Wskazuje to na potrzebę wielokierunkowych działań zmierzających do promocji zdrowia i edukacji na temat prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej.

Cel pracy. Poznanie zachowań zdrowotnych z zakresu sposobu żywienia i aktywności fizycznej wśród osób poniżej 18. r.ż.

Materiał i metody. Na podstawie ankiety przeanalizowano sposób żywienia i aktywność fizyczną 114 uczniów w wieku do 18 lat. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki. Wśród ankietowanych 42% wykonywało ćwiczenia fizycznie tylko 1–2 razy w tygodniu bądź wcale, a 28% przeznaczało jednorazowo na sport mniej niż 30 min. Prawie połowa dzieci (49%) jadła słodkie przynajmniej 5 razy w tygodniu, a 30% z nich codziennie. Trzydzieści osiem procent respondentów spożywało słone przekąski co najmniej 4 razy w tygodniu, 34% jadło żywność typu fast food co najmniej raz w tygodniu, 30% piło napoje wysokosłodzone minimum 5 razy w tygodniu. Aż 38% uczniów przyznało, że piło co najmniej jedną filiżankę kawy dziennie, 10% – napoje energetyczne, a 8% paliło papierosy. Jednocześnie 32% dzieci jadło mniej niż 2 porcje warzyw i owoców dziennie, 82% piło mniej niż 5 szklanek wody dziennie, a 47% dzieci nie piło mleka.

Wnioski. Respondenci do 18. r.ż. wykazują niedostateczną aktywność fizyczną oraz nieprawidłowości w sposobie odżywiania się. Dotyczy to głównie zbyt małej ilości spożywanych warzyw i owoców oraz nadmiernego spożycia żywności typu fast food, słodczy, słonych przekąsek oraz zastępowania wody i mleka napojami wysokosłodzonymi.

Słowa kluczowe: dzieci, aktywność fizyczna, odżywianie, promowanie zdrowia

DOI

10.17219/pzp/64690

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Physical activity and healthy eating are key elements of proper development and good health. They are particularly important during puberty because healthy lifestyle stimulates physical and mental development, well-being and fitness later in life. Poor nourishment and low physical activity contribute to the development of cardiovascular diseases, obesity, diabetes and osteoporosis. In recent years, the number of said diseases in children and adolescents has risen. That indicates the need for multidirectional activities promoting healthy lifestyle and education on the topic of proper nutrition and physical activity.

Objectives. The aim of this study was to observe health-related behavior of adolescents in regard to nourishment and physical activity.

Material and methods. Nourishment and physical activity of 114 students under the age of 18 years has been analysed using a questionnaire. Participation was anonymous and voluntary.

Results. Among the respondents, 42% take part in a physical activity only 1–2 a week or never and 28% devote less than 30 min to sport. Nearly half (49%) of children eat sweets at least 5 times a week and 30% eat them every day. 38% of children consume salty snacks at least 4 times a week, 34% eat junk food at least once a week, 30% drink beverages with high sugar content (soda, fruit juice) at least 5 times a week. As many as 38% of students admit to drinking at least one coffee a day, 10% consume energy drinks, and 8% smoke cigarettes. At the same time, 32% of respondents ate less than 2 portions of fruit and vegetables a day, 82% drank less than 5 glasses of water a day and 47% didn't drink milk.

Conclusions. Respondents under the age of 18 years display low physical activity and inadequate diet. Insufficient amount of vegetables and fruit, excessive consumption of junk food, sweets, salty snacks, substituting milk and water with sugary beverages are widespread.

Key words: children, physical activity, nutrition, health promotion

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna i zdrowe żywienie stanowią główny element prawidłowego rozwoju i dobrego stanu zdrowia. Jest to szczególnie ważne dla dzieci i młodzieży w okresie dojrzewania, ponieważ zdrowy styl życia wpływa stymulująco na rozwój fizyczny i umysłowy, a także na dobre samopoczucie i sprawność w późniejszym wieku.^{1–4}

Racjonalne żywienie to spożywanie pokarmów dostarczających odpowiedniej ilości energii dla wieku, płci oraz stylu życia. Musi uwzględniać właściwe rozłożenie posiłków w ciągu dnia, a w każdym posiłku powinny znaleźć się wszystkie niezbędne składniki odżywcze: białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy i minerały.⁵

Aktywność ruchowa i zdrowe żywienie zwiększają wydolność organizmu, poprawiają wytrzymałość na stres, wspomagają funkcjonowanie układu odpornościowego. Inne korzyści to m.in.: utrzymanie odpowiednich wartości cholesterolu całkowitego i trójglicerydów w surowicy krwi, prawidłowa przemiana węglowodanowa, utrzymanie właściwej masy ciała.^{2,6}

Nieprawidłowości w sposobie odżywiania i mała aktywność fizyczna mają udział w patomechanizmie wielu jednostek chorobowych, takich jak: otyłość, cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, wady postawy, osteoporoza.^{1,2,7} W ostatnich latach obserwuje się zwiększenie liczby dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością. Problem ten dotyczy nie tylko krajów rozwiniętych, ale również rozwijających się pod względem gospodarczym i ekonomicznym.^{1,7,11} Szacunki The International Obesity Task Force (IOTF) dla WHO pokazują, że 1 na 5 dzieci w Europie ma nadwagę, a zjawisko to ma tendencję wzrostową – co roku grupa osób poniżej 18. roku życia mająca nadwagę powiększa się o dodatkowe 400 000 osób.

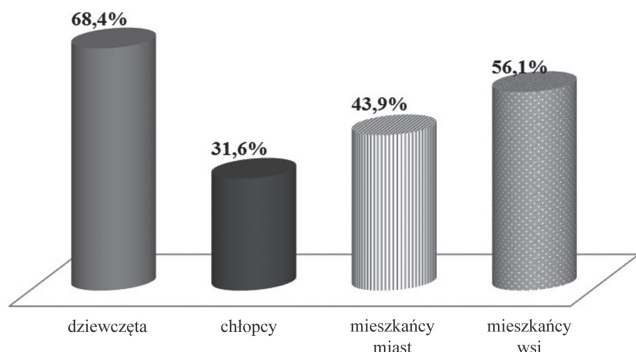
Roczny przyrost liczby dzieci z nadwagą w 1970 r. kształtował się na poziomie około 0,2%, a przed 2000 r. w niektórych krajach osiągnął 2%. Oszacowano, że w 7 krajach w Europie poziom nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w wieku 13–17 lat wynosi powyżej 20%.⁸

Duży wpływ na rozwój nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży ma postęp cywilizacyjny oraz poprawa warunków ekonomicznych. Coraz więcej młodych osób prowadzi siedzący tryb życia i wypoczywa w sposób bierny przed ekranem komputera lub telewizora, co przyczynia się do mniejszej aktywności fizycznej. Wysokoenergetyczna dieta, nadmierne spożywanie produktów typu fast food, słodczy i napojów wysokosłodzonych prowadzą do dodatniego bilansu energetycznego i zwiększenia masy ciała.^{1,2,4,9–11} Sytuacja ta jest coraz bardziej niepokojąca, dlatego ważne jest podjęcie działań zmierzających do promocji zdrowego stylu życia i edukacji dzieci i młodzieży z zakresu zasad prawidłowego odżywiania i aktywności ruchowej.

Celem pracy było poznanie zachowań zdrowotnych z zakresu sposobu żywienia i aktywności fizycznej wśród osób poniżej 18. r.ż., a także zależności między stylem życia a wskaźnikami demograficznymi (płeć, miejsce zamieszkania).

Materiał i metody

Badaniami ankietowymi objęto 114 osób w wieku 13–18 lat: 78 dziewcząt (68,4%) i 36 chłopców (31,6%). Wśród badanych było 50 mieszkańców wsi (43,9%) oraz 64 mieszkańców miast (56,1%). Wszyscy byli uczniami gimnazjów i szkół średnich. Badania ankietowe przeprowadzono w latach 2015/2016 z użyciem autorskiego kwe-



Ryc. 1. Charakterystyka ankietowanych według płci i miejsca zamieszkania
 Fig. 1. Characteristics of respondents by sex and place of residence

stionariusza ankiety. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały charakter zamknięty i dotyczyły m.in.: charakterystyki społeczno-demograficznej, zachowań zdrowotnych z zakresu aktywności fizycznej oraz sposobu żywienia. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Informacje zawarte w ankietach opracowano statystycznie z wykorzystaniem programu komputerowego STATISTICA v. 12 (StatSoft, Inc.). Charakterystykę ankietowanych według płci i miejsca zamieszkania przedstawiono na ryc. 1.

Wyniki

Wśród badanych uczniów aż 41,6% wykonywało ćwiczenia fizyczne tylko 1–2 razy w tygodniu bądź wcale, 44,2% osób ćwiczyło 3–4 razy w tygodniu, a 14,2% – 5 razy w tygodniu i więcej (ryc. 2).

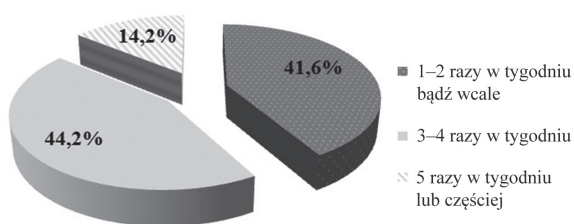
Jednorazowo na ćwiczenia fizyczne aż 27,7% uczniów przeznaczało zaledwie do 30 min, 47,3% – 0,5–1 godz., 24,1% – 1–2 godz., a 0,9% – powyżej 2 godz. (ryc. 3).

Świeżych warzyw i owoców nie jadło wcale lub spożywało tylko 1 porcję dziennie aż 32,5% osób, a 2–5 porcji warzyw i owoców dziennie jadło 47,2% uczniów.

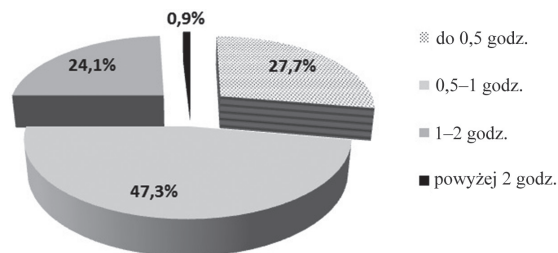
Mleka nie spożywało wcale aż 47,4% badanych, a codziennie mleko piło 52,6% osób.

Mniej niż 5 szklanek wody dziennie piło 82,5% dzieci i młodzieży, a 6–8 szklanek wody dziennie tylko 15,8% uczniów.

Żywność typu fast food raz w tygodniu lub częściej spożywało aż 33,6% respondentów, kilka razy w miesiącu

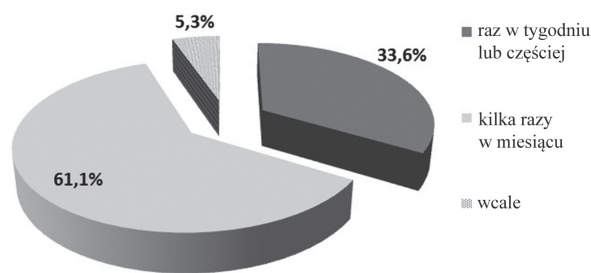


Ryc. 2. Aktywność fizyczna respondentów
 Fig. 2. Physical activity of respondents



Ryc. 3. Czas przeznaczony jednorazowo na aktywność fizyczną przez ankietowanych

Fig. 3. Time spent by the respondents on a single physical activity session



Ryc. 4. Częstość spożywania żywności typu fast food

Fig. 4. Frequency of junk food consumption

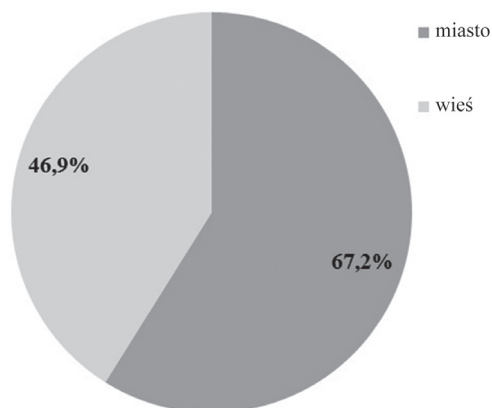
– 61,1%, a tylko 5,3% uczniów nie sięgało po ten rodzaj żywności (ryc. 4).

Słodycze 5 razy w tygodniu spożywało 49,1% ankietowanych, a codziennie – 29,8%. Słone przekąski co najmniej 4 razy w tygodniu lub częściej jadło aż 38% badanych. Słodkie napoje gazowane 5 razy w tygodniu piło 29,8% dzieci i młodzieży. Przynajmniej 1 filiżankę kawy dziennie piło aż 37,7% osób, a napoje energetyczne – 9,6%. Papierosy paliło 8% respondentów.

Płeć uczniów nie wpływała na ich aktywność fizyczną ani na spożywanie słodkich napojów i słodyczy. Intensywne ćwiczenia fizyczne co najmniej 3–4 razy w tygodniu bądź częściej wykonywało 58,4% dziewcząt i 58,3% chłopców. Słodkie napoje gazowane co najmniej 5 razy w tygodniu piło 21,8% kobiet i 33,3% mężczyzn. Podobna liczba dziewcząt i chłopców spożywała słodycze co najmniej 5 razy w tygodniu (odpowiednio 50 i 47,2%). Różnice nie były istotne statystycznie ($p \geq 0,05$).

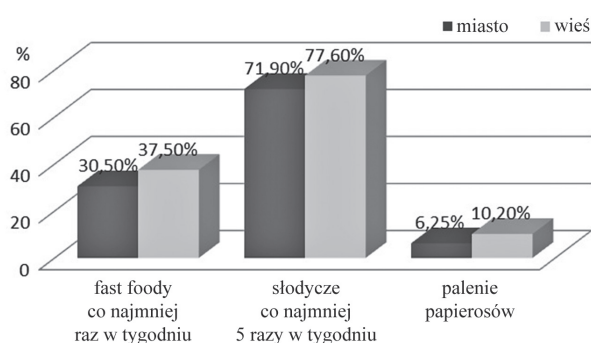
Miejsce zamieszkania uczniów znacząco wpływało na zachowania związane z aktywnością fizyczną (ryc. 5). Intensywne ćwiczenia fizyczne 3–4 razy w tygodniu bądź częściej wykonywało aż 67,2% osób mieszkających w miastach i 46,9% mieszkańców wsi, różnice były istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Miejsce zamieszkania nie wpływało na częstsze spożywanie żywności typu fast food – raz w tygodniu lub częściej ten rodzaj żywności jadło 30,5% mieszkańców miast i 37,5% mieszkańców wsi. Słodycze co najmniej 5 razy w tygodniu konsumowało 71,9% mieszkańców miast oraz 77,6% mieszkańców wsi. Miejsce zamieszkania nie miało również wpływu na częstość stosowania używek – papie-



Ryc. 5. Aktywność fizyczna badanych uwzględniająca miejsce zamieszkania

Fig. 5. Physical activity of respondents depending on the place of residence



Ryc. 6. Spożywanie żywności typu fast food, słodyczy i palenie papierosów w zależności od miejsca zamieszkania

Fig. 6. Consumption of junk food, sweets, and smoking depending on the place of residence

rosy paliło 6,25% mieszkańców miast i 10,2% mieszkańców wsi, różnice nie były istotne statystycznie ($p \geq 0,05$; ryc. 6).

Omówienie

Coraz częściej są obserwowane liczne nieprawidłowości zarówno w sposobie żywienia, jak i aktywności ruchowej u dzieci i młodzieży.^{1,7,11} Problem ten jest szczególnym zagrożeniem, ponieważ niezdrowy styl życia wpływa negatywnie na rozwój fizyczny, umysłowy, emocjonalny, a także prowadzi do zwiększonej zapadalności na choroby w późniejszym wieku.¹⁻⁴ Długotrwałe, nieprawidłowe żywienie i mała aktywność fizyczna mogą doprowadzić do zaburzeń rozwoju młodych osób w wieku dojrzewania, obniżenia koncentracji i uwagi, spadku sprawności w nauce, a przez to gorszych wyników w szkole.¹ Inne skutki niewłaściwego stylu życia w wieku szkolnym to niedobory żywieniowe (hipo- i awitaminozy), problemy z utrzymaniem prawidłowych wartości cholesterolu i trójglicerydów we krwi, zaburzenie metabolizmu węglowodanów i nadmierne zwiększenie masy ciała.^{1,2,6,7}

Coraz większym problemem zdrowotnym w Polsce i na świecie jest nadwaga i otyłość, które pojawiają się u co-

raz młodszych osób. W krajach Unii Europejskiej aż 25% dzieci ma nadmierną masę ciała. W Polsce jest to mniejsza liczba – 16% dzieci w wieku szkolnym ma nadwagę lub otyłość.⁷ Duży wpływ na tę pogarszającą się sytuację mają złe nawyki żywieniowe i niedostateczna aktywność fizyczna. Młode osoby poniżej 18. roku życia spożywają „szybką żywność”, tzn. produkty w bardzo dużym stopniu przetworzone, gotowe do spożycia, które obfitują często w cukry proste i tłuszcze, mają mało wartości odżywczych i są wysokokaloryczne. Coraz większa liczba dzieci woli wypoczywać biernie przed telewizorem lub komputerem.^{2,5,10,13} Najczęstsze nieprawidłowości żywieniowe dotyczą zbyt małej ilości spożywanych warzyw i owoców oraz ciemnego pieczywa przy nadmiernej konsumpcji żywności typu fast food oraz słodyczy i przekąsek. Powszechnie jest również zastępowanie wody i mleka napojami wysokosłodzonymi.^{9,10,12,14}

Uzyskane wyniki badań ankietowych odzwierciedlają powyższe obserwacje. Badania te wskazują również, że dzieci i młodzież mieszkająca w miastach wykazuje się większą aktywnością fizyczną niż osoby mieszkające na wsi, a chłopcy częściej niż dziewczęta spożywają fast foody oraz stosują używki, takie jak kawa czy papierosy. Płeć uczniów nie wpływała znacząco na aktywność fizyczną, jedzenie słodyczy lub picie napojów wysokosłodzonych. Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta z podobną częstotliwością charakteryzowali się nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi.

Coraz powszechniej występujące wśród dzieci i młodzieży złe nawyki żywieniowe, mała aktywność fizyczna i stosowanie używek wskazują na potrzebę wdrożenia wielokierunkowych działań edukacyjnych i promujących zdrowie.

Wnioski

Dziewczęta i chłopcy do 18. r.ż. wykazują się niedostateczną aktywnością fizyczną oraz wieloma nieprawidłowościami w sposobie odżywiania się. Dotyczy to głównie zbyt małej ilości spożywanych warzyw i owoców oraz nadmiernej konsumpcji żywności typu fast food, słodyczy i słonych przekąsek, a także zastępowania wody i mleka napojami wysokosłodzonymi. Bardzo ważne i niepokojące jest również to, że dzieci i młodzież do 18. r.ż. stosuje używki, takie jak kawa, napoje energetyczne i papierosy. Niewłaściwy sposób odżywiania dotyczy zarówno dziewcząt, jak i chłopców, a wybrane nieprawidłowości są zależne od płci i miejsca zamieszkania. Wskazuje to na potrzebę podjęcia wielokierunkowych działań zmierzających do promocji zdrowia i edukacji dzieci na temat zasad prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej oraz stosowania używek takich jak kawa, napoje energetyczne i papierosy.

Piśmiennictwo

1. Świdarska-Kopacz J, Marcinkowski JT, Jankowska K: Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. IV. Sposób żywienia. *Probl Hig Epidemiol.* 2008;89(2):241–245.
2. Świdarska-Kopacz J, Marcinkowski JT, Jankowska K: Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. V. Aktywność fizyczna. *Probl Hig Epidemiol.* 2008;89(2):246–250.
3. Turlejska H: Rola żywienia w życiu człowieka. *Żywn Żyw Prawo Zdr.* 2000;2:218–224.
4. Urbańska I, Czarniecka-Skubina E: Częstotliwość spożycia przez młodzież produktów spożywczych oferowanych w sklepikach szkolnych. *Żyw Nauka Technol. Jakość.* 2007;3(52):193–204.
5. Ziemiański S: Podstawy prawidłowego żywienia człowieka. Zalecenia żywieniowe dla ludności w Polsce. Warszawa: Instytut Danone; 1998.
6. Żońnierczuk-Kieliszek D: Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem. [W:] *Zdrowie publiczne.* Red.: Kulik TB, Latański M. Lublin: Wyd. Czelej; 2002.
7. Zielona Księga – Promowanie zdrowego żywienia i aktywności fizycznej; europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich; 2005.
8. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper, March 2005.
9. Pupek-Musialik D, Kujawska-Łuczak M, Bogdański P: Otyłość i nadwaga – epidemia XXI wieku. *Przew Lek.* 2008;1:117–123.
10. Korczak CW: Profilaktyka i edukacja prozdrowotna młodzieży w XXI wieku. *Probl Hig.* 2000;68:19–25.
11. Szczepańska E, Piórkowska K, Niedworok E, Muc-Wierżgoń M: Konsumpcja słodczy i napojów wysokostodzonych w aspekcie występowania otyłości na przykładzie dzieci zamieszkujących obszary miejskie i wiejskie. *Endokryinol Otył Zab Przem Mat.* 2010;6(2):78–84.
12. Woynarowska B, Mazur J: Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. *Zdr Publ.* 2004;114(2):159–167.
13. Obuchowicz A: Epidemiologia nadwagi i otyłości – narastającego problemu zdrowotnego w populacji dzieci i młodzieży. *Endokryinol Otył Zab Przem Mat.* 2005;1(3):9–12.
14. Kowalska A: Rola słodczy oraz dań typu fast food w żywieniu dzieci i młodzieży szkolnej. Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu. *Roczniki Naukowe.* 2006;8(3):62–65.

Styl życia a występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Lifestyle and the occurrence of back pain among the students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok

Kamil Bukłaho^{1, A–D}, Mateusz Cybulski^{2, A, D–F}, Jolanta Ustymowicz-Farbiszewska^{3, E, F}, Elżbieta Krajewska-Kułak^{2, E, F}

¹ Absolwent kierunku fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

³ Zakład Higieny, Epidemiologii i Ergonomii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):19–25

Adres do korespondencji

Mateusz Cybulski

e-mail: mateusz.cybulski@umb.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.06.2016 r.

Po recenzji: 5.08.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Styl życia jest ważnym determinantem zdrowia człowieka i ma fundamentalny wpływ na jego utrzymanie. Istotnym problemem zdrowotnym i społecznym naszych czasów są dolegliwości bólowe narządu ruchu, zwłaszcza bóle pochodzenia odkręgosłupowego.

Cel pracy. Ocena wpływu stylu życia studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 150 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, którzy studiowali na kierunkach: ratownictwo medyczne (n = 36), zdrowie publiczne (n = 33), dietetyka (n = 40) oraz fizjoterapia (n = 41). W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. Jedna trzecia ankietowanych odczuwała dolegliwości bólowe kręgosłupa kilka razy w roku. Aż 83,33% osób, które nie uprawiały sportu również odczuwało takie dolegliwości. Bóle kręgosłupa dokuczały także respondentom, którzy charakteryzowali się aktywnym trybem życia (71,79%). Ankietowani najczęściej (23,27%) oceniali odczuwany ból na 3 w 10-stopniowej skali. Ponad dwie trzecie ankietowanych skarżyło się przede wszystkim na ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. Główną czynnością nasilającą dolegliwości bólowe kręgosłupa u ponad połowy badanych (52,58%) było siedzenie.

Wnioski. Wśród respondentów stwierdzono częste występowanie bólów kręgosłupa, w szczególności w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, mimo deklarowanej wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa. Zjawisko to jest niepokojące, dlatego istnieje potrzeba zwiększenia inicjatyw edukacyjnych z tego zakresu. Osoby, które aktywnie spędzały czas wolny, rzadziej odczuwały dolegliwości bólowe kręgosłupa. Większość ankietowanych, mimo odczuwanych bólów kręgosłupa, oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

Słowa kluczowe: styl życia, bóle kręgosłupa, studenci

DOI

10.17219/pzp/64703

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Lifestyle is a major determinant of human health and has a fundamental impact on its preservation. An important health and social problem of our time is musculoskeletal pain, especially back pain.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the influence of lifestyle of the students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok on the occurrence of back pain.

Material and methods. The study was conducted in a group of 150 students of the Faculty of Health Sciences at the Medical University of Białystok. The study was attended by students of emergency medicine (n = 36), public health (n = 33), dietetics (n = 40) and physiotherapy (n = 41). The study used diagnostic survey method and the author's questionnaire.

Results. One-third of respondents experienced back pain several times a year. 83.33% of the people who did not practice any sport experienced back pain. Over 70% of respondents who led an active lifestyle (71.79%) suffered from back pain. Respondents most often (23.27%) assessed their pain level at 3 in the 10-point scale. More than 2/3 of respondents complained primarily about the pain in the lumbosacral segment of the spine. The main activity that increased back pain in more than a half of the respondents (52.58%) was sitting.

Conclusions. Among the respondents, the incidence of back pain is high, especially in the lumbosacral segment, despite their declared knowledge of the prevention of back pain. This phenomenon is worrying, and that is why there is a need to increase the educational initiatives on this subject. Respondents who spent their leisure time actively were less likely to experience back pain. The majority of respondents, despite experiencing back pain, assessed their health as good or very good.

Key words: lifestyle, back pain, students

Wprowadzenie

Styl życia jest ważnym determinantem zdrowia człowieka i ma fundamentalny wpływ na jego utrzymanie. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat można dostrzec znaczny postęp cywilizacji, a tym samym coraz większe zmiany w stylu życia społeczeństw krajów rozwiniętych. Wzrost intensywności życia, codzienny stres oraz pośpiech spowodowały ograniczenie czasu poświęcanego na aktywność fizyczną, regenerację i odpoczynek.^{1,2}

Istotnym problemem zdrowotnym i społecznym naszych czasów są dolegliwości bólowe narządu ruchu, zwłaszcza bóle pochodzenia odkręgosłupowego. W piśmiennictwie medycznym zwraca się uwagę na gwałtownie rozprzestrzeniającą się epidemię dolegliwości bólów kręgosłupa, szczególnie w odcinku lędźwiowym. Liczba osób, którym dolega ból kręgosłupa, zwiększa się pod wpływem przemian cywilizacyjnych i sposobu życia. Dolegliwości bólowe kręgosłupa są dużym problemem społecznym, a ich diagnozowanie i leczenie wymaga znacznych nakładów finansowych. Zespoły bólowe kręgosłupa są zmorą obecnych czasów, dlatego określa się je chorobą cywilizacyjną. Odczuwanie przemijających bólów kręgosłupa po długotrwałym spędzeniu czasu w niekorzystnej pozycji, nieumiejętnym dźwiganiu ciężarów lub ciężkiej pracy fizycznej to codzienność.³ Przyczyną tych dolegliwości jest głównie mała aktywność fizyczna oraz siedzący tryb życia. Przytoczone niżej liczby dobrze oddają istotę problemu dla systemu ochrony zdrowia. Szacuje się, że ok. 75% ludzi odczuwa w ciągu swojego życia bóle kręgosłupa. W państwach wysoko rozwiniętych na dolegliwości bólowe kręgosłupa skarży się raz w życiu co najmniej 54–80% osób, a w przypadku 25–60% ból ma charakter przewlekły. Bóle przewlekłe występują często

po ukończeniu 30. roku życia.⁴ Ten rodzaj bólu mieści się w przedziale 7–10 w 10-stopniowej skali i występuje najczęściej u osób ciężko pracujących fizycznie lub wykonujących pracę w pozycji siedzącej. Należy pamiętać, że występowanie bólów kręgosłupa ma zwykle charakter nawracający, ponieważ najczęściej przyczyny występowania bólu są nieodwracalne.^{3–5}

Ból jest najczęstszą dolegliwością człowieka. Niezależnie od przyczyny jest to sygnał, że dzieje się coś niedobrego, co może zagrażać zdrowiu lub życiu. Ból jest definiowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu jako „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki”.⁶ Ból wywołujący poczucie stanu zagrożenia z towarzyszącym lękiem pełni funkcję ochronną i ostrzegawczą. Ból fizjologiczny jest spowodowany czynnikami zewnętrznymi i zlokalizowany przede wszystkim na powierzchni ciała, a sygnały dochodzące z narządów wewnętrznych są określane jako ból patologiczny wywołany przez chorobę. Próg odczuwania bólu i jego tolerancja mają ważne znaczenie dla zmagania z bólem. Próg odczuwania bólu jest niezmienny, tolerancja natomiast jest cechą osobniczą. Wrażliwość bólowa może być fizjologiczna, nasiloną, osłabioną oraz zniesioną.⁶

Ból można podzielić na ostry, przewlekły, psychogeny i rzutowany.⁶ Ocena stopnia bólu jest konieczna do określenia postępowania przeciwbólowego, a także do możliwości oceny natężenia bólu przed i po zastosowaniu terapii. Obecnie nie ma możliwości zbadania obiektywnej oceny bólu. Z zasady przyjmuje się, że każdy pacjent, który jest sprawny umysłowo, powinien sam określić ból, jego charakter i natężenie. Do subiektywnej oceny bólu przez pacjenta jest zwykle używana skala wzrokowo-analogowa – VAS (Visual Analogue Scale). Pacjent wskazu-

je stopień nasilenia bólu na linii o długości 10 cm, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 – najsilniejszy ból. Ból powyżej 7 jest określany jako silny i wymaga bezzwłocznej interwencji terapeutycznej.^{7,8}

Postępowanie profilaktyczne trzeba zacząć od rozpoznania czynników ryzyka dolegliwości bólowych kręgosłupa, którymi mogą być: uszkodzenia pourazowe, wady wrodzone i rozwojowe oraz choroby układu ruchu. Jeżeli nie występują żadne objawy bólowe, należy zastosować leczenie przyczynowe lub profilaktyczne.³

Leczenie bólów kręgosłupa następuje po dokładnym rozpoznaniu klinicznym. Następnie lekarz musi zdecydować, czy będzie zastosowane leczenie chirurgiczne czy zachowawcze. Leczenie chirurgiczne jest potrzebne tylko wtedy, gdy pacjentowi grozi kalectwo lub niepełnosprawność. W ostrym stanie choroby trzeba obniżyć poziom bólu i napięcie mięśniowe. W tym przypadku dobrze sprawdza się farmakoterapia połączona z fizykoterapią oraz kinezyterapią. Po zmniejszeniu dolegliwości należy zastosować aktywność ruchową dostosowaną do możliwości chorego. Celem terapii powinno być usunięcie bądź zmniejszenie dolegliwości bólowych przez odciążenie tkanek w okolicy segmentu ruchowego, zwiększenie siły mięśniowej mięśni obręczy barkowej, tułowia i obręczy biodrowej oraz osiągnięcie jak najlepszej stabilizacji kręgosłupa, poprawa zakresów ruchomości, wykształcenie prawidłowej postawy ciała, a także edukacja pacjenta oraz jego rodziny.^{3,9}

Do zachowawczych metod leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa zalicza się farmakoterapię, kinezyterapię, masaż leczniczy, fizykoterapię oraz edukację zdrowotną. Najlepsze rezultaty uzyskuje się podczas jednoczesnego korzystania ze wszystkich powyższych metod.¹⁰

Celem pracy była ocena wpływu stylu życia studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 150 studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W badaniu wzięli udział studenci kierunków: ratownictwo medyczne (n = 36), zdrowie publiczne (n = 33), dietetyka (n = 40) oraz fizjoterapia (n = 41).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Materiał zebrano podczas bezpośrednich spotkań w czasie zajęć dydaktycznych. Na początku badacz poinformował respondentów o celu badania oraz przekazał informacje organizacyjne dotyczące badania, a następnie wszyscy biorący udział w badaniu wypełnili indywidualnie i samodzielnie kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 22 pytania. Pierwsza część pytań dotyczyła płci, wieku, masy ciała, wzrostu oraz wykształcenia (charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów). Druga

część pytań odnosiła się do stylu życia, oceny stanu zdrowia, częstości występowania dolegliwości bólowych, oceny odczuwania bólu, sposobu spędzania wolnego czasu, częstości uprawiania sportu oraz wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/234/2015) oraz Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą programu STATISTICA PL, na który Uniwersytet Medyczny w Białymstoku ma licencję. W tym celu wykorzystano test Kruskala-Wallisa, test *U* Manna-Whitneya oraz test χ^2 . Za istotnie statystyczny poziom ufności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

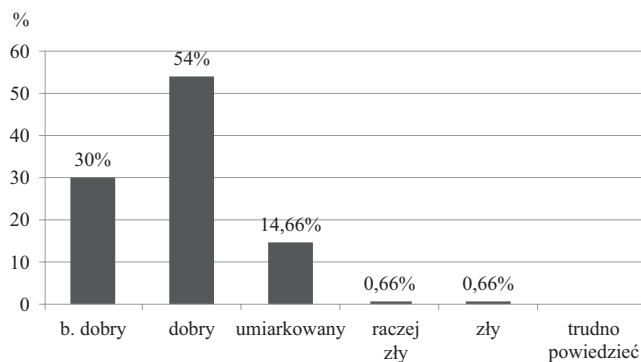
W badaniu wzięło udział 150 osób: 114 kobiet (76%) i 36 mężczyzn (24%). Największą grupę badanych stanowili studenci w wieku 21–25 lat (70,8%), a najmniejszą – osoby w wieku 26–30 lat (2,48%).

Po obliczeniu wskaźnika masy ciała (BMI) okazało się, że 81% badanych miało prawidłową masę ciała, w przeciwieństwie do pozostałych respondentów (19%). Warto w tym przypadku zwrócić uwagę, że niemal jedna czwarta (22%) badanych mężczyzn miała nadwagę. Zdecydowanie lepsze wartości BMI występowały u kobiet. Większość studentek Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB (85%) miała prawidłową masę ciała.

Biorąc pod uwagę wszystkich studentów, zauważono, że zdecydowana większość z nich (84%) w pozytywny sposób dokonała subiektywnej oceny stanu swojego zdrowia. Warto odnotować jest to, że żaden ze studentów nie udzielił odpowiedzi „trudno powiedzieć” (ryc. 1).

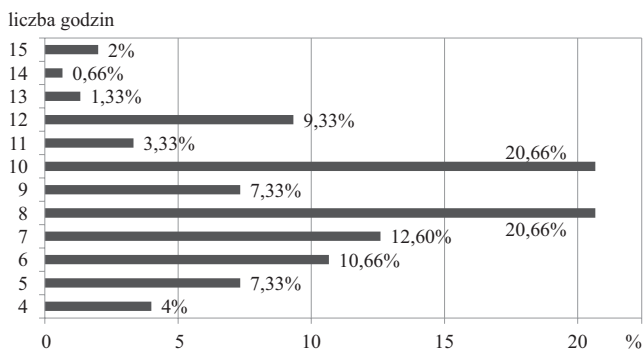
Na ryc. 2 przedstawiono czas (w godzinach) spędzany przez studentów w pozycji siedzącej. Najwięcej ankietowanych stwierdziło, że na siedząco spędzało średnio 8 oraz 10 godzin (po 20,66%). Tylko 1 osoba (0,66%) podała, że na siedząco spędzała aż 14 godzin dziennie.

Biorąc pod uwagę kierunek studiów, najmniej czasu na siedząco spędzali studenci kierunku fizjoterapia, najwię-



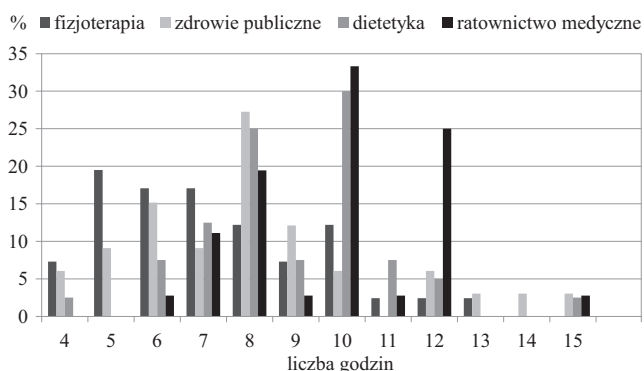
Ryc. 1. Subiektywna ocena stanu zdrowia przez studentów

Fig. 1. Subjective assessment of health by the students



Ryc. 2. Czas spędzany w pozycji siedzącej (w godz.)

Fig. 2. Time spent in a sitting position (in h)



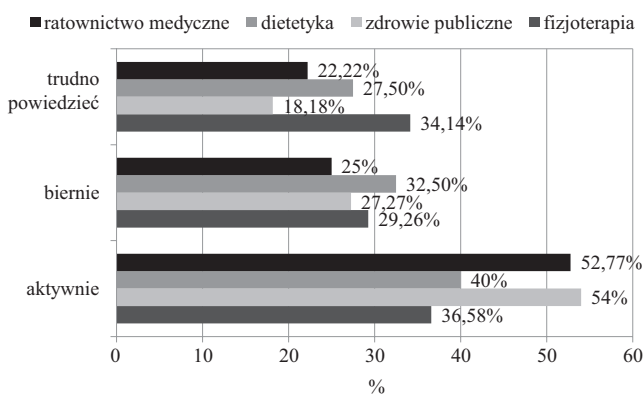
Ryc. 3. Czas spędzany na siedząco z uwzględnieniem kierunku studiów

Fig. 3. Time spent in a sitting position with regard to the field of study

cej natomiast przedstawiciele kierunku ratownictwo medyczne (ryc. 3). Analizowany kierunek studiów nie miał wpływu na czas spędzany na siedząco, co potwierdził wynik testu Kruskala-Wallisa, gdzie $p = 0,152$.

Prawie połowa ankietyowanych (45,33%) spędzała czas wolny aktywnie. Niepokojące i zastanawiające było to, że ponad jedna czwarta respondentów (26%) nie potrafiła określić, czy spędzała swój czas wolny w sposób aktywny, czy w sposób bierny.

Na ryc. 4 pokazano formy spędzania wolnego czasu z uwzględnieniem analizowanego kierunku studiów.



Ryc. 4. Forma spędzania czasu w zależności od kierunku studiów

Fig. 4. Ways of spending time depending on the field of study

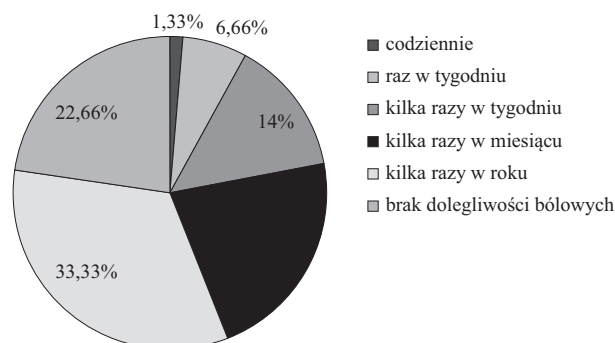
Z danych przedstawionych na tej rycinie wynika, że najbardziej aktywnymi respondentami byli studenci kierunku zdrowie publiczne, a bierną formę spędzania wolnego czasu najczęściej preferowali studenci kierunku dietetyka. Dodatkowo przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, który wykazał, że nie istniała zależność między kierunkiem studiów a formą spędzania wolnego czasu ($p = 0,777$).

Najpopularniejszą formą aktywności fizycznej wybraną przez respondentów było bieganie (56,41%), następnie ćwiczenia na siłowni (34,61%) oraz fitness (32,05%). Najbardziej uprawianymi dyscyplinami sportowymi były piłka ręczna i jazda na nartach (po 2,56%), a także tenis i jazda na łyżwach (po 1,28%).

Z ryc. 5 wynika, że jedna trzecia ankietyowanych odczuwała dolegliwości bólowe kręgosłupa kilka razy w roku, a 1,33% respondentów – codziennie.

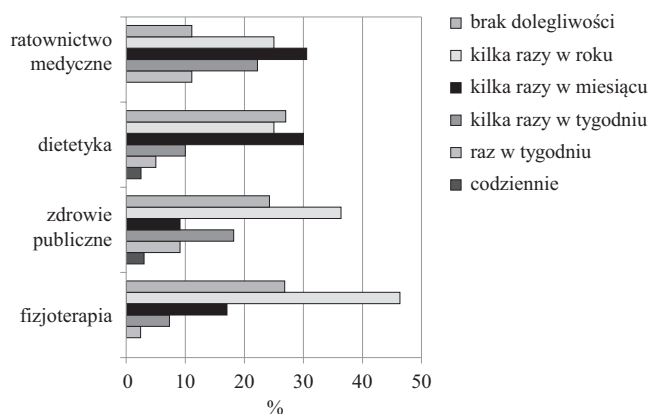
Stwierdzono, że nie występowała zależność między kierunkiem studiów a częstością pojawiania się dolegliwości bólowych kręgosłupa, co potwierdził test Kruskala-Wallisa, gdzie $p = 0,021$. Szczegółową częstotliwość występowania bólu kręgosłupa z uwzględnieniem kierunku studiów przedstawiono na ryc. 6.

Badania pokazały, że dolegliwości bólowe kręgosłupa odczuwało: 48 osób (70,58%), które aktywnie spędzały



Ryc. 5. Częstość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w grupie ankietyowanych studentów

Fig. 5. The frequency of the occurrence of back pain in a group of surveyed students



Ryc. 6. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od kierunku studiów

Fig. 6. The occurrence of back pain depending on the field of study

wolny czas, 38 respondentów (88,37%) spędzających wolny czas w sposób bierny oraz 30 ankietowanych (76,92%), którzy nie potrafili określić, w jaki sposób spędzają czas wolny. Dodatkowo przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, który wykazał istotną statystycznie zależność między sposobem spędzania wolnego czasu a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p = 0,024$).

Aż 83,33% osób, które nie uprawiały sportu odczuwało dolegliwości bólowe kręgosłupa. Bóle kręgosłupa dokuczały również ponad 70% respondentów, którzy prowadzili aktywny tryb życia (71,79%).

Ankietowani najczęściej odczuwany ból oceniali na 3 w 10-stopniowej skali (23,27%). Najmniej osób oceniło siłę bólu na 8 (0,86%), a żaden ze studentów nie sklasyfikował bólu na 9 i 10 (ryc. 7).

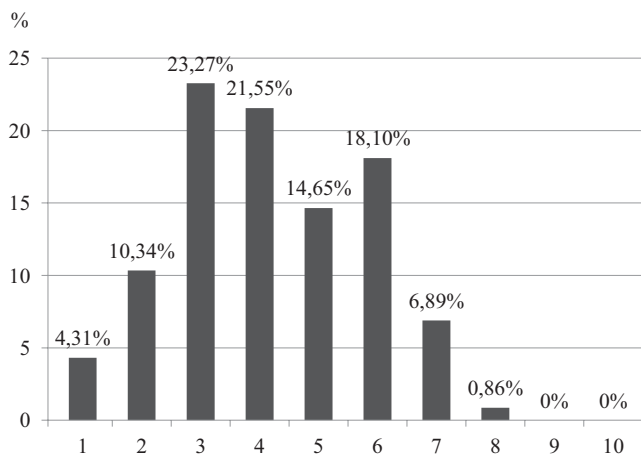
Ponad dwie trzecie ankietowanych skarżyło się najczęściej na ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. We wszystkich odcinkach kręgosłupa ból występował u 2,58% badanych. Niepokojące jest to, że 11,20% respondentów nie potrafili precyzyjnie określić miejsca, w którym odczuwało ból.

Ponad połowa ankietowanych w wyniku pojawienia się dolegliwości bólowych leczyła się sama, 33,75% nie robiło nic, a pozostałe osoby korzystały z pomocy fizjoterapeuty i lekarza.

Dla ponad dwóch trzecich osób największą ulgę w bólu przynosił odpoczynek, a następnymi w kolejności były masaże i ćwiczenia rozluźniające (po 37,93%). Szczegółowe działania podejmowane w związku z dolegliwościami bólowymi oraz rozkład odpowiedzi przedstawiono na ryc. 8.

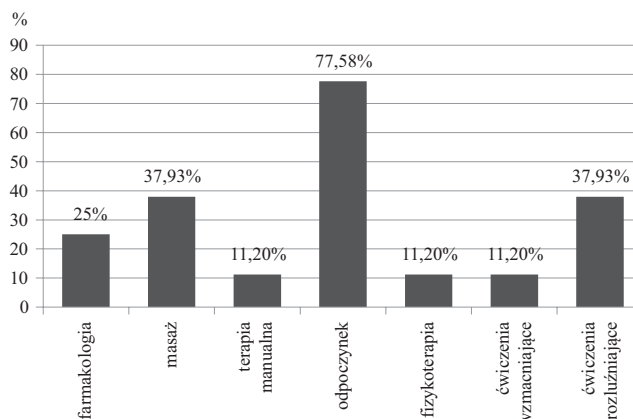
Najskuteczniejszą metodą w leczeniu dolegliwości bólowych była terapia manualna, ponieważ poprawę zauważyło 76,92% osób. Następnymi metodami zwalczającymi dolegliwości bólowe były fizykoterapia (69,23%) oraz masaże (60,86%). Najmniej osób poczuło poprawę po ćwiczeniach rozluźniających (15,9%) oraz zastosowaniu farmakoterapii (34,37%).

Na podstawie ryc. 9 można stwierdzić, że ponad połowa studentów miała wiedzę z zakresu zapobiegania dolegliwościom bólowym kręgosłupa.



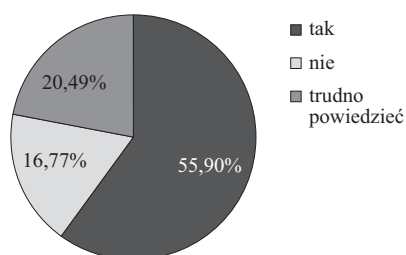
Ryc. 7. Ocena odczuwanego bólu przez respondentów

Fig. 7. Assessment of level pain by respondents



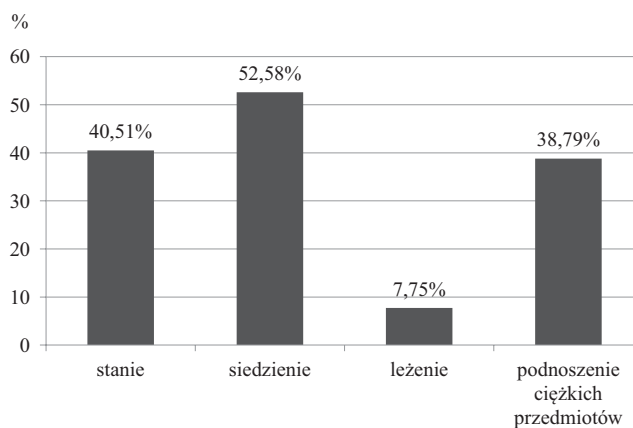
Ryc. 8. Działania podejmowane w związku z dolegliwościami bólowymi

Fig. 8. Actions undertaken in regards to pain



Ryc. 9. Wiedza na temat profilaktyki dolegliwości bólowych kręgosłupa

Fig. 9. Knowledge about the prevention of back pain



Ryc. 10. Czynności nasilające ból kręgosłupa w grupie ankietowanych studentów

Fig. 10. Actions intensifying back pain in a group of surveyed students

Główną czynnością nasilającą dolegliwości bólowe kręgosłupa u ponad połowy badanych (52,58%) było siedzenie. Rycina 10 obrazuje również inne czynności nasilające bóle kręgosłupa.

Omówienie

Styl życia jest wypadkową swoistych upodobań, a także wzorów postępowania. Jest ponadto istotnym czynnikiem, który stanowi o jakości życia, tak więc nikogo nie

dziwi zainteresowanie jego tematyką. Zainteresowanie to objawia się systematycznie w publikacjach naukowych, podręcznikach oraz dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia.^{11,12}

Dolegliwości bólowe kręgosłupa są ważnym problemem, który dotyka dużą część populacji na świecie. Różne źródła podają, że 60–95% osób odczuwa w ciągu swojego życia różne dolegliwości bólowe kręgosłupa. Do niedawna uznawano, że bóle te dotyczą przede wszystkim osób dorosłych i starszych, a ostatnie badania zwracają uwagę na pojawianie się tego problemu u osób młodych.^{13,14} Potwierdzają to także badania własne. W badanej grupie studentów w wieku 18–20 lat aż 90,62% odczuwało dolegliwości bólowe, w wieku 21–25 – 73,68%, a w wieku 26–30 lat – 75%.

Z zebranych danych wynika, że u 81% studentów wskaźnik masy ciała był w normie, 5% miało niedowagę, a 14% nadwagę i otyłość. Badanie Stefanowicz i Kloca wykazało odpowiednio, że 85% osób miało prawidłową masę ciała, 2,5% – niedowagę, a 12,5% – nadwagę.¹⁵

Również w badaniu Sieradzkiego et al. 80% studentów miało prawidłową masę ciała, a niedowagę oraz nadwagę i otyłość odpowiednio po 10% badanych.¹⁶

Badanie Lisińskiego et al. różni się natomiast od wyżej wymienionych, bowiem w badanej grupie fizjoterapeutów tylko 56% miało prawidłową masę ciała, a aż 29% nadwagę.¹⁷

Kaczor et al. w swoich badaniach przeprowadzonych wśród osób prowadzących siedzący tryb życia uzyskali jeszcze gorsze wyniki: prawidłowe BMI miało tylko 40% respondentów, a nadwagę i otyłość aż 60%, z czego 80% osób z BMI > 30, 55% z BMI prawidłowym i 54% z BMI wynoszącym 25–30 odczuwało dolegliwości bólowe kręgosłupa.¹³

Na pytanie dotyczące samooceny swojego stanu zdrowia 54% respondentów odpowiedziało, że czuło się dobrze, a 30% uważało, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry. Pozostałe 16% ankietowanych oceniło swój stan zdrowia jako umiarkowany, raczej zły i zły.

Sieradzki et al. w swoim badaniu wykazali, że 62% ankietowanych dobrze oceniło swój stan zdrowia, 31% czuło się bardzo dobrze, a 7% – przeciętnie. Warto zaznaczyć, że żaden z respondentów nie uważał, że jego stan zdrowia był zły lub bardzo zły.¹⁶

W kolejnej części kwestionariusza badanych zapytano, jak dużo czasu w ciągu dnia spędzają w pozycji siedzącej. Najwięcej ankietowanych (20,66%) zaznaczyło, że w pozycji siedzącej spędza około 8 i 10 godzin dziennie, 10,66% – średnio 6 godzin, 7,33% – 5 godzin, a tylko 4% respondentów – 4 godziny dziennie. Aż 78% ankietowanych spędzało w pozycji siedzącej powyżej 6 godzin dziennie.

Kaczor et al. przeprowadzili badania wśród 100 osób prowadzących siedzący tryb życia. Z uzyskanych przez nich wyników widać, że w badanej grupie największa liczba respondentów (51%) spędzała w pozycji siedzącej 6–8 godzin dziennie, 39% – 8–10 godzin, a 7% ankieto-

wanych – powyżej 10 godzin. Tylko w przypadku 24,56% badanych pozycja siedząca nie miała wpływu na dolegliwości bólowe.¹³

Kędra i Czaprowski w swoich badaniach dowiedli, że ponad 90% ankietowanych, którzy spędzali powyżej 6 godzin dziennie w pozycji siedzącej, zgłaszało dolegliwości bólowe kręgosłupa. W grupie osób spędzających czas w pozycji siedzącej poniżej 6 godzin dziennie odsetek ten wyniósł tylko 8,4%.¹⁸

W badaniu własnym niemal połowa studentów (45,33%) spędzała swój czas wolny aktywnie, 28,66% – biernie, a 26% nie potrafiło określić, w jaki sposób go spędzało. Dodatkowo przeprowadzono test Kruskala-Wallisa, który potwierdził zależność między sposobem spędzania wolnego czasu a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p = 0,024$). Kędra i Czaprowski również stwierdzili istotną statystycznie różnicę między sposobem spędzania czasu wolnego a odczuwaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa ($p < 0,05$).¹⁸

Jeśli chodzi o najczęściej uprawianą dyscyplinę sportową, to respondenci preferowali bieganie (56,41%), ćwiczenia na siłowni (34,61%) oraz fitness (32,05%). Mniej osób zaznaczyło, że uprawia takie dyscypliny, jak piłka nożna i pływanie (20,51%) oraz gra w siatkówkę (10,25%). Wyniki nieznacznie różniły się od tych, które uzyskali Sieradzki et al. Wśród badanych przez nich studentów największą popularnością również cieszyły się bieganie (32,35%) i fitness (29,41%). Trochę mniej studentów wybrało ćwiczenia na siłowni (20,58%) i pływanie (16,17%). W piłkę nożną grało 7,35%, a w siatkówkę – 10,29% respondentów.¹⁶

Z przeprowadzonych badań wynika, że 77,34% badanych studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku odczuwało bóle kręgosłupa. Uzyskane wyniki były zbliżone do wyników badań Stefanowicz i Kloca, którzy przeprowadzili badania wśród 40 studentów kierunku pielęgniarstwo na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim. Z badań tych wynikało, że 75% respondentów skarżyło się na bóle dolnego odcinka kręgosłupa.¹⁵

Sieradzki et al. zbadali 110 studentów kierunku fizjoterapia na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Z badań autorów wynika, że 54% studentów odczuwało dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa. Wyniki te różnią się od wyników badań własnych, ponieważ w badanej grupie na bóle w odcinku lędźwiowo-krzyżowym skarżyło się 70,68% respondentów.¹⁶

Lisiński i Samborski przeprowadzili badania wśród 70 pracujących fizjoterapeutów, z których aż 90% odczuwało bóle kręgosłupa. Tak duże różnice mogą wynikać z przeciążeń podczas wykonywanej pracy, małej aktywności fizycznej badanej grupy oraz tego, że 29% respondentów miało nadwagę.¹⁷

Guzy et al. przeprowadzili natomiast badania wśród 63 studentów kosmetologii. Przedmiotem badań były szyjne zespoły bólowe, na które skarżyło się 40% respondentów, a z badań własnych wynika, że tylko 17,24% studentów odczuwało bóle w odcinku szyjnym.¹⁹

Badania Kaczor et al. dowodzą, że bóle kręgosłupa są uzależnione od charakteru pracy. W grupie pracowników biurowych dolegliwości bólowe kręgosłupa występowały u 52,6% badanych, a w grupie kierowców – u 62,8%.¹³

Respondentów zapytano o częstość występowania u nich dolegliwości bólowych kręgosłupa. Najwięcej badanych osób odpowiedziało, że bóle występowały u nich kilka razy w roku (33,33%). Bóle kilka razy w miesiącu odczuwało 22% ankietowanych. Kolejną grupą były osoby, które odczuwały bóle kilka razy w tygodniu (14%) oraz raz w tygodniu (6,66%). Warto zaznaczyć, że w badanej grupie tylko 1,33% odczuwało codziennie dolegliwości bólowe.

W grupie badanej przez Sieradzkiego et al. dolegliwości bólowe kręgosłupa występowały najczęściej kilka razy w miesiącu (42%), kilka razy w tygodniu (25%), a u 14% studentów ból pojawiał się codziennie.¹⁶

W badaniu Stefanowicz i Kloc respondenci najczęściej odczuwali dolegliwości bólowe częściej niż raz w miesiącu (50%), raz w miesiącu ból deklarowało 30% studentów, a pozostałe osoby odczuwały bóle raz na 3 miesiące (16,67%) oraz raz na pół roku (3,33%).¹⁵

Ankietowani oceniali nasilenie bólu za pomocą skali wzrokowo-analogowej (VAS), dlatego zostali podzieleni na 4 grupy: nieodczuwających dolegliwości bólowych – 22% (0 punktów w skali VAS), odczuwających słaby ból – 29,33% (1–3 punkty w skali VAS), odczuwających znaczny ból – 37,53% (4–6 punktów w skali VAS) oraz odczuwających silny ból – 6% (7–10 punktów w skali VAS). Wyniki nieznacznie różniły się od uzyskanych przez Stefanowicz i Kłoca, w których 25% badanych osób nie odczuwało dolegliwości bólowych, słaby ból dokuczał 32,5% respondentów, znaczny ból – 27,5% ankietowanych, a na ból silny uskarżało się 15% badanych.¹⁵

Studenci zapytani o działania przynoszące ulgę w dolegliwościach bólowych z reguły wskazywali na odpoczynek (77,58%). Kolejnymi wyborami były masaże i ćwiczenia rozluźniające (po 37,93%). Leczenie farmakologiczne wskazało 25%, a terapię manualną, fizykoterapię oraz ćwiczenia rozluźniające po 11,20%.

Badania Sieradzkiego et al. wykazały, że czynnikami, które najbardziej łagodziły bóle kręgosłupa były: odpowiednie ułożenie ciała (40%), masaże (18,2%) oraz ćwiczenia rozluźniające (17,3%). Najmniejszą popularnością cieszyły się zabiegi fizykoterapii (5,4%) oraz terapia manualna i leczenie farmakologiczne (po 4,5%).¹⁶

Według respondentów czynnościami nasilającymi bóle były najczęściej siedzenie (52,5%), stanie (40,51%) i podnoszenie ciężarów (38,79%). W populacji badanej przez Lisińskiego i Samborskiego głównymi czynnościami wywołującymi dolegliwości bólowe kręgosłupa były skłony tułowia (63%), a następnie stanie (60%), podnoszenie ciężarów (57%) oraz siedzenie 56%.¹⁷

Wnioski

W ankietowanej grupie stwierdzono częste występowanie bólów kręgosłupa, w szczególności w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, mimo deklarowanej wiedzy z zakresu profilaktyki bólów kręgosłupa. Zjawisko to jest niepokojące, dlatego istnieje potrzeba zwiększenia inicjatyw edukacyjnych z analizowanego zakresu.

Osoby, które aktywnie spędzały czas wolny, rzadziej odczuwały dolegliwości bólowe kręgosłupa.

Respondenci, u których występowały bóle kręgosłupa, byli mniej aktywni od osób, u których tego typu dolegliwości nie występowały.

Ankietowani w większości, mimo odczuwanych bólów kręgosłupa, oceniali swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre.

Piśmiennictwo

1. Śliwiński Z, Kasperek-Konopka K: Analiza dolegliwości bólowych u pacjentów z przewlekłym zespołem kręgotopodnym leczonych w warunkach sanatoryjnych. *Fizjot Pol.* 2003;3(1):38–47.
2. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E: Wiedza studentów Akademii Medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol.* 2007;88(1):55–59.
3. Mazur R, Podemski R, Książkiewicz B: Neurologiczne powikłania niedomogi kręgosłupa. Gdańsk: Via Medica; 2003.
4. Ucieklak J, Sawicki G: Bóle kręgosłupa jako problem cywilizacyjny. *Fam Med Prim Care Rev.* 2006;8(3):1133–1135.
5. Koszewski W: Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2010.
6. Dziak A: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. Kraków: Medicina Sportiva; 2007.
7. Kiewerski JE, Włodarczyk K: Fizjoterapia ogólna. Warszawa: PZWL; 2012.
8. De Walden-Gałuszko K: Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. *Med Pal Prakt.* 2007;1(2):66–67.
9. Grzegorzczak J: Współczesne poglądy na temat rehabilitacji w bólach krzyża. *Prz Med Univ Rzesz Inst Leków.* 2005;2:181–187.
10. Płaskiewicz A, Kałużny K, Kochański B, et al.: Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *J Health Sci.* 2015;5(5):11–20.
11. Walentukiewicz A, Lysak A, Wilk B: Styl życia studentek kierunków medycznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013;94(2):247–252.
12. Romanowska-Tołłoczko A: Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health.* 2011;46(1):89–93.
13. Kaczor S, Bac A, Brewczyńska P, Woźniacka R, Golec E: Występowanie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa i nawyków ruchowych u osób prowadzący siedzący tryb życia. *Post Rehab.* 2011;3:19–28.
14. Bartosiewicz Z: Stan wiedzy na temat występowania i przyczyn powstawania zespołów bólowych kręgosłupa w społeczeństwie u studentów warszawskich uczelni. *Post Rehab.* 2012;1:37–43.
15. Stefanowicz A, Kloc W: Rozpowszechnienie bólu krzyża wśród studentów. *Pol Ann Med.* 2009;16(1):28–41.
16. Sieradzki M, Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K: Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Probl Hig Epidemiol.* 2013;94(3):451–458.
17. Lisiński P, Samborski W: Bóle kręgosłupa lędźwiowego w grupie zawodowej fizjoterapeutów. *Baln Pol.* 2006;3:156–160.
18. Kędra A, Czaprowski D: Częstość występowania bólu kręgosłupa a sposób spędzania czasu wolnego dzieci i młodzieży. *MONZ.* 2013;19(2):183–187.
19. Guzy G, Ridan T, Drożdżo-Brzęczek A: Występowanie szyjnych zespołów bólowych wśród studiujących i pracujących zawodowo kosmetyczek. *Manual Medicine.* 2014;18(2–3):39–45.

Sposoby radzenia sobie ze stresem – badanie ankietowe studentów wybranych szkół wyższych z Lublina

Ways of coping with stress: Survey based on the group of students from selected universities in Lublin

Olga Dąbska^{1, A–F}, Eliza Wołoszynek^{2, B, C, E}, Anna Kowalczyk^{3, B, C, E}, Ewelina Kozłowska^{4, B, C, E}

¹ Doktorantka na Wydziale Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

² Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin

³ Studentka kierunku zdrowie publiczne, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

⁴ Doktorantka w Samodzielnej Pracowni Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):27–34

Adres do korespondencji

Olga Dąbska

e-mail: olga49a@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.04.2016 r.

Po recenzji: 13.07.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. We współczesnym świecie niemalże na każdym kroku ludność jest narażona na stresującą sytuację. Stres jest osobistym doświadczeniem, niepowtarzalną kombinacją reakcji fizjologicznych, zachowań, emocji. Naturalną reakcją na wystąpienie stresu jest dążenie do ograniczenia jego działania przez „mechanizm copingu”. Zdaniem Lazarusa radzenie sobie ze stresem to podejmowanie stale zmieniających się wysiłków, które są nastawione na opanowanie stawianych przed jednostką wymagań uważanych przez nią jako obciążające lub przekraczające jej możliwości. „Mechanizmowi copingu” przypisuje się funkcję instrumentalną, polegającą na przywróceniu naturalnej relacji między jednostką a otoczeniem, i regulującą emocje.

Cel pracy. Zbadanie sposobów radzenia sobie ze stresem wśród studentów w zależności od czynników socjodemograficznych, takich jak: płeć, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce pobytu i zamieszkania, stan cywilny, rodzaj uczelni, samoocena stylu życia.

Materiał i metody. Badanie zrealizowano w grudniu 2015 r. wśród 300 studentów z: Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Politechniki Lubelskiej, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini-COPE, służący do oceny sposobów reagowania i odczuwania stresu. Wykorzystano ponadto autorski „Test radzenia sobie ze stresem” i metryczkę. Dane analizowano z użyciem programu STATISTICA 10.

Wyniki. Na podstawie autorskiego testu stwierdzono występowanie istotnej zależności między miejscem pobytu a radzeniem sobie ze stresem ($p = 0,04$). Lepszą znajomością sposobów niwelowania stresu wykazały się osoby mieszkające w akademiku. Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między stylem życia a sposobem radzenia sobie ze stresem ($p = 0,04$). Studenci, którzy nie potrafili ocenić swojego stylu życia, najlepiej radzili sobie ze zwalczaniem stresu. Analiza materiału badawczego pozwala stwierdzić, że rodzaj wykonywanej pracy, płeć, miejsce pochodzenia, uczelnia, stan cywilny nie różnicowały poziomu radzenia sobie ze stresem. W przypadku Mini-COPE nie wykazano zależności statystycznych.

Wnioski. Badanie wykazało, że stosowane przez młodzież sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach są średnio zadowolające. W związku z narastającym problemem narażenia na stres jest konieczne popularyzowanie informacji o sposobach radzenia sobie z nim.

Słowa kluczowe: stres, style radzenia sobie ze stresem, sytuacje trudne, obciążenie

DOI

10.17219/pzp/64695

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

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

Abstract

Background. People are almost all the time exposed to stressful situations. Stress is a personal experience, a unique combination of physiological reactions, behaviors and emotions. Reducing the effects of stress with the use of coping mechanisms is people's natural response.

Objectives. The aim of this study was to explore the ways of coping with stress among students depending on socio-demographic factors such as gender, the type of work, the place of stay and residence, marital status, the type of university, and lifestyle.

Material and methods. The survey was carried out in December, 2015 on the group of 300 students from the Medical University of Lublin, Lublin University of Technology and Maria Curie-Skłodowska University. The method used was a diagnostic survey, a research tool in the form of the Inventory Measuring Coping Skills Mini-COPE for evaluating the methods of response and feeling of stress. We used own test of coping with stress and imprint, describing the sociodemographic situation of the respondents, e.g. gender, age, place of residence, marital status, type of college. The data was analyzed with STATISTICA 10 software.

Results. In the case of the original test, a significant relationship was observed between the place of residence and coping with stress ($p = 0.04$). People living in a dorm showed a better knowledge of the ways of eliminating stress. We observed the correlation between lifestyle and the ways of coping with stress ($p = 0.0462$). Students who were not able to assess their lifestyles demonstrated the highest levels of combating stress. The analysis of the research material demonstrated that the type of work, sex, place of origin, university, and marital status do not differentiate the level of coping with stress. In the case of the Mini-COPE, it did not show statistical significance.

Conclusions. The research shows that the ways of coping with difficult situations adopted by young people are mid-range satisfactory. Due to the growing problem of exposure to stress, it is necessary to popularize information on coping with stress.

Key words: stress, load, coping with stress, difficult situations

„Jak długo będziemy żyć, tak długo nie uda nam się uniknąć stresów. Możemy jednak nauczyć się, jak minimalizować ich szkodliwe skutki”

Hans Selye

Trudno znaleźć osobę, która z przekonaniem stwierdziłaby, że nigdy nie była zestresowana. We współczesnym świecie niemalże na każdym kroku ludność jest narażona na sytuacje stresujące. „Stres to reakcja organizmu w postaci mobilizacji energii do pokonywania różnorodnych przeszkód, barier, wymagań, bez względu na to, czy towarzyszą jej przyjemne czy przykre odczucia”.¹ Stres jest osobistym doświadczeniem, niepowtarzalną kombinacją reakcji fizjologicznych, zachowań, emocji. Badacze tematu uważają stres za element na stałe wkomponowany w ludzkie życie. Występujący w umiarkowanym nasileniu może motywować człowieka do działania, rozwoju, jednakże w przypadku intensywnego, długotrwałego nasilenia staje się przyczyną rozstroju psychicznego i fizycznego organizmu.

Prekursorem problematyki stresu jest Claude Bernard. W XIX w. wyraził pogląd, jakoby w organizmie występowały mechanizmy obronne umożliwiające podjęcie walki z codziennymi trudnościami, które powszechnie nazywa się „reakcją walcz lub uciekaj”.² Naturalną reakcją na wystąpienie stresu jest dążenie do ograniczenia jego działania przez „mechanizm copingu”. Zdaniem Lazarusa radzenie sobie ze stresem to „(...) stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby”.³ „Mechanizmowi copingu” przypisuje się funkcje: instrumentalną, polegającą na przywróceniu

naturalnej relacji między jednostką a otoczeniem (koncentracja i uporanie się z problemem, który był źródłem stresu, redukcja negatywnych skutków działania stresu) oraz regulującą emocje, przez którą rozumie się ogół działań ukierunkowanych na obniżenie przykrych emocji wywołanych przez stresującą sytuację.⁴

W literaturze przedmiotu funkcjonują pojęcia procesu, strategii oraz stylu radzenia sobie ze stresem. Proces radzenia sobie ze stresem jest definiowany jako wiele zmieniających się z biegiem czasu strategii, wynikających zwłaszcza z charakteru konkretnej sytuacji oraz stanu psychofizycznego jednostki. Strategia radzenia sobie ze stresem odnosi się do ogółu wysiłków podejmowanych przez daną osobę podczas trudnej sytuacji. Wykorzystanie określonej strategii zależy przede wszystkim od stylu zwalczania stresu. „Style radzenia sobie to charakterystyczne, typowe dla danej jednostki sposoby radzenia sobie w trudnych, stresujących sytuacjach”.⁵ Styl radzenia sobie jest determinowany wieloczynnikowo, m.in.: płcią, poziomem wykształcenia, wiekiem, stanem zdrowia, samopoczuciem, rodzajem sytuacji stresowej, osobowością – temperamentem, cechami charakteru itd.⁶

Najczęściej przywoływaną definicją w związku ze sposobami zwalczania stresu jest transakcyjna teoria stresu Endlera i Parkera. Wyróżnili oni 3 główne style radzenia sobie w trudnej sytuacji. Po pierwsze, styl skoncentrowany na zadaniu, polegający na podejmowaniu wysiłku w celu rozwiązania problemu; działaniom dążącym do usunięcia źródła stresu nadaje się priorytet ważności, a pozostałe codzienne sprawy zostają odłożone na przyszłość. Po drugie, styl skoncentrowany na emocjach – polega na redukcji negatywnego napięcia emocjonalnego w związku z działaniem stresora; jest to koncentrowanie się na

własnej osobie i reakcjach emocjonalnych, jakie towarzyszą napotykanym trudnościom. Po trzecie, styl skoncentrowany na unikaniu, który polega na redukowaniu negatywnych skutków działania stresora przez niemyślenie o problemie, odwracanie od niego uwagi, angażowanie się w czynności zastępcze, podejmowanie działań niezwiązanych z daną sytuacją stresową lub w skrajnych przypadkach przyjęcie biernej postawy wobec stresora.⁷

W badaniach nad stresem często wykorzystywana jest klasyfikacja autorstwa Schwarzera i Tauberta. Wyróżnili oni 4 sposoby radzenia sobie ze stresem:

- a) reaktywny – polega na radzeniu sobie z zaistniałą trudnością przez zrekompensowanie doznanej krzywdy,
- b) antycypacyjny – dotyczy sytuacji trudnej, która ma dopiero nastąpić, jest ukierunkowany na nieuchronne ryzyko straty,
- c) prewencyjny – polega na gromadzeniu zasobów przydatnych do zminimalizowania negatywnych skutków przyszłych stresowych sytuacji,
- d) proaktywny – polega na gromadzeniu zasobów, doskonaleniu umiejętności radzenia sobie ze stresem, opiera się na postawionych sobie celach.

Na szczególną uwagę zasługują styl prewencyjny oraz proaktywny. Panuje pogląd, że nabyte wcześniej zasoby i umiejętności są w stanie przygotować jednostkę do radzenia sobie z trudnościami w przyszłości.⁸

Sposób radzenia sobie ze stresem jest determinowany przez właściwości doświadczanej sytuacji, postrzegania jej przez jednostkę i właściwości jednostki, wśród których duże znaczenie mają posiadane zasoby. Można wyróżnić zasoby zewnętrzne, znajdujące się w najbliższym otoczeniu jednostki, oraz wewnętrzne, czyli indywidualne właściwości człowieka. „Jednym z ważnych czynników wpływających na efektywność procesu radzenia sobie z sytuacją stresową są podmiotowe właściwości jednostki.”⁹ Wśród zasobów osobistych wyróżnia się:

- a) poczucie koherencji – przekonanie, że posiada się zasoby pozwalające sprostać wymaganiom stawianym przez życie,
- b) poczucie kontroli (zarówno wewnętrzne, gdy rezultat działań zależy od włożonego wysiłku i osobistego wpływu, jak i zewnętrzne, gdy funkcjonowanie jednostki jest podporządkowane czynnikom niezależnym, takim jak los, przeznaczenie),
- c) poczucie własnej skuteczności – jednostka jest pewna, że jest zdolna osiągnąć postawiony cel,
- d) twardość – przekonanie o prawdziwości, istotności podejmowanych działań, traktowanie stresu jako wyzwania,
- e) prężność – zdolność do oderwania się od negatywnych doświadczeń, adaptowanie się do zmieniających się wymagań życiowych,
- f) optymizm (obronny, który dotyczy sytuacji zagrożenia, nadaje optymistyczne spojrzenie oraz funkcjonalny – dotyczy skutków działania i przekonań na temat posiadanych zasobów osobistych),

- g) inteligencję emocjonalną – rozpoznawanie, ocenianie i wyrażanie emocji,
- h) kompetencje społeczne – umiejętność postępowania w sytuacjach konfliktowych, nawiązywania relacji międzyludzkich, komunikowania się, asertywność,
- i) kompetencje poznawcze – umiejętności, zdolności, wykształcenie, inteligencję.¹⁰

Istotne są także zasoby zewnętrzne, a zwłaszcza sieci wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne jest definiowane jako „(...) rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej”.¹¹ Wymienia się wsparcie:

- a) emocjonalne – emocje podtrzymujące na duchu, uspokajające, troska, poczucie przynależności, opieki, poprawa samooceny,
- b) instrumentalne – przekazywanie wiedzy na temat sposobów postępowania, zdobywanie umiejętności, informacji i dóbr materialnych,
- c) informacyjne – wymiana wiadomości sprzyjających zrozumieniu sytuacji i położenia życiowego,
- d) rzeczowe – pomoc materialna, rzeczowa, finansowa.

Celem pracy była próba określenia sposobów radzenia sobie ze stresem studentów lubelskich uczelni wyższych w zależności od czynników socjodemograficznych, takich jak: płeć, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce pobytu i zamieszkania, stan cywilny, rodzaj uczelni, samoocena stylu życia. Należy podkreślić, że autorów niniejszej pracy najbardziej interesował system wsparcia społecznego, jaki uzyskują narażeni na stres studenci.

Materiał i metody

Badaniem objęto 300 studentów uczelni wyższych Polski wschodniej studiujących na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (UM), Politechnice Lubelskiej (PL) i Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej (UMCS). Liczebność ankietowanych z poszczególnych uczelni wynosiła odpowiednio: 115, 77, 108 osób. Badanie zrealizowano w grudniu 2015 r., a udział w nim był dobrowolny i miał charakter anonimowy. W badaniu wzięło udział 121 mężczyzn (40,33%) i 179 kobiet (59,66%) w wieku 19–32 lat. Średnia arytmetyczna wieku badanych wyniosła 22,98 lat. Uczestnicy badania w 37,33% (n = 112) pochodzili ze wsi, 32,66% (n = 98) z miasta do 100 tys. mieszkańców, a 30% (n = 90) z miasta powyżej 100 tys. mieszkańców. Ponad połowa (56,66%, n = 170) respondentów w czasie badania mieszkała w akademiku. Pozostali ankietowani studenci mieszkali na stacji (25,66%, n = 77), w samodzielnym mieszkaniu (11%, n = 33) lub w domu rodzinnym (6,66%, n = 20). Prawie połowa ankietowanych (45,66%, n = 137) w czasie badania nie pracowała, 31,33% (n = 94) wykonywało pracę fizyczną, a 23% (n = 69) umysłową. Znaczący odsetek respondentów (72,33%, n = 217) był stanu wolnego. Badanych poproszono o dokonanie samooceny stylu życia.

Większość respondentów (69%, $n = 207$) uważała swój styl życia za zdrowy, tylko 20,66% ($n = 62$) za niesprzyjający zdrowiu, a 10,33% ($n = 31$) nie potrafiło go ocenić.

Przeprowadzając badania, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) autorstwa Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik, który jest przeznaczony do oceny radzenia sobie ze stresem i sposobów reagowania na sytuacji trudne. Kwestionariusz zawiera 28 stwierdzeń rozpoczynających się od słów: „Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj...”, podlegających czterostopniowej ocenie, która przedstawia się następująco: 0 – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję.

Drugim wykorzystanym w badaniu narzędziem był autorski „Test radzenia sobie ze stresem”. W kwestionariuszu znajduje się 16 pytań badających sposoby reagowania na stres. Pytania są zamknięte, a ankietowani mogli udzielić jednej odpowiedzi. Warianty odpowiedzi opatrzone skalą punktową 0–2. Zakres wyników ogólnych „Testu radzenia sobie ze stresem” był następujący: a) poziom niski, tj. ≤ 19 punktów; b) poziom średni – wyniki mieszczą się w przedziale 20–26 punktów; c) poziom wysoki, czyli ≥ 27 punktów. Im więcej uzyskanych punktów, tym bardziej konstruktywne sposoby walki ze stresem wykazują badani. Do kwestionariusza dołączono metryczkę z pytaniami o czynniki socjodemograficzne.

Analizę statystyczną zebranych danych przeprowadzono z użyciem oprogramowania STATISTICA 10. Posłużono się testem U Manna-Whitneya z wykorzystaniem testu Z dla dwóch grup zmiennych niezależnych, a dla więcej niż dwóch grup zmiennych testem Kruskala-Wallisa. Za poziom istotności przyjęto wartość 0,05. Jako zmienną

zależną przyjęto poziom odpowiedzi na pytania dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem w poszczególnych kwestionariuszach, a czynniki socjodemograficzne, takie jak: płeć, rodzaj wykonywanej pracy, miejsce pobytu i pochodzenia, stan cywilny, rodzaj uczelni oraz samoocenę stylu życia badanych uznano za zmienne niezależne.

Wyniki

Średnia odpowiedzi uzyskanych w badaniu z użyciem kwestionariusza Mini-COPE była równa 38,68 punktów. Średni wynik poprawnych odpowiedzi w autorskim teście wyniósł natomiast 14,27 punktów (45%) na 32 możliwe do uzyskania. Analiza zebranego materiału daje obraz dostatecznego poziomu wiedzy na temat prozdrowotnych sposobów radzenia sobie ze stresem młodzieży z lubelskich uczelni wyższych.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że osoby mieszkające w akademiku charakteryzują się wyższym poziomem wiedzy na temat konstruktywnych sposobów walki ze stresem niż pozostali studenci. Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,04$) w przypadku „Testu radzenia sobie ze stresem”. W ocenie z wykorzystaniem kwestionariusza Mini-COPE nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między grupami ($p = 0,32$) – tab. 1.

Istotne statystycznie różnice występowały między samooceną stylu życia a wynikami badań „Testu radzenia sobie ze stresem” ($p = 0,04$). Osoby, które nie potrafiły ocenić swojego stylu życia wykazywały lepszą znajomość sposobów walki ze stresem. W przypadku drugiego testu nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($p = 0,67$) – tab. 2.

Zebrany materiał badawczy oraz jego analiza pozwalają stwierdzić, że w badanej grupie studentów płeć nie

Tabela 1. Porównanie wyników Mini-COPE i „Testu radzenia sobie ze stresem” w zależności od miejsca pobytu badanych

Table 1. The comparison of the results of the Mini-COPE and authors' own test of coping with stress according to the respondents' place of stay

Poziom odpowiedzi dotyczących radzenia sobie ze stresem	Miejsce pobytu								Test Kruskala-Wallisa	
	u rodziców $n = 20$		w akademiku $n = 170$		na stacji $n = 77$		w samodzielnym mieszkaniu $n = 33$			
	Me	SD	Me	SD	Me	SD	Me	SD	H	p
„Test radzenia sobie ze stresem”	13,5	3,17	14	4,08	13	4,09	14	4,72	7,98078	0,04
Mini-COPE	37,5	8,76	39	8,56	38	8,42	38	6,34	3,48388	0,32

Tabela 2. Porównanie wyników Mini-COPE i „Testu radzenia sobie ze stresem” w zależności od stylu życia badanych

Table 2. The comparison of the results of the Mini-COPE and authors' own test of coping with stress according to the respondents' lifestyle

Poziom odpowiedzi dotyczących radzenia sobie ze stresem	Styl życia						test Kruskala-Wallisa	
	zdrowy $n = 207$		niezdrowy $n = 62$		nie potrafię go ocenić $n = 31$			
	Me	SD	Me	SD	Me	SD	H	p
„Test radzenia sobie ze stresem”	14	4,03	13	4,05	15	4,66	6,148146	0,04
Mini-COPE	39	7,59	39	8,01	39	6,13	0,789468	0,67

miała wpływu na wybór sposobów radzenia sobie ze stresem (Mini-COPE $p = 0,15$; „Test radzenia sobie ze stresem” $p = 0,99$). Rodzaj wykonywanej pracy nie różnicował wiedzy na temat walki ze stresem wśród respondentów (Mini-COPE $p = 0,98$; „Test radzenia sobie ze stresem” $p = 0,84$). Młodzież studiująca na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie nie wykazała się wyższym poziomem wiedzy na temat konstruktywnych sposobów zwalczania stresu niż ankietowani z pozostałych szkół wyższych

(Mini-COPE $p = 0,39$; „Test radzenia sobie ze stresem” $p = 0,86$). Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy między stanem cywilnym (Mini-COPE $p = 0,71$; „Test radzenia sobie ze stresem” $p = 0,32$), miejscem pochodzenia (Mini-COPE $p = 0,24$; „Test radzenia sobie ze stresem” $p = 0,62$) badanych studentów a wiedzą dotyczącą zdrowych sposobów redukcji stresu.

Pierwszym stosowanym w badaniu narzędziem był kwestionariusz Mini-COPE. Znaczna część zawartych

Tabela 3. Odpowiedzi badanych na pytania zawarte w kwestionariuszu Mini-COPE

Table 3. Respondents' answers to the Mini-COPE questionnaire

Treść pytania	Odsetek odpowiedzi „0 – prawie nigdy tak nie postępuję”	Odsetek odpowiedzi „1 – rzadko tak postępuję”	Odsetek odpowiedzi „2 – często tak postępuję”	Odsetek odpowiedzi „3 – prawie zawsze tak postępuję”
Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć	33,33% (n = 100)	32% (n = 96)	18,33% (n = 55)	16,33% (n = 49)
Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić	36% (n = 108)	37,66% (n = 113)	15,33% (n = 46)	11% (n = 33)
Mówię do siebie „to nieprawda”	41% (n = 123)	42,33% (n = 127)	16,66% (n = 50)	0% (n = 0)
Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej	54,33% (n = 163)	34% (n = 102)	10,33% (n = 31)	1,33% (n = 4)
Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych	50,67% (n = 152)	24% (n = 72)	12,66% (n = 38)	12,66% (n = 38)
Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	39,33% (n = 118)	33,67% (n = 101)	14,66% (n = 44)	12,33% (n = 37)
Podjęmuję działania, aby poprawić tę sytuację	36% (n = 108)	38% (n = 114)	15% (n = 45)	11% (n = 33)
Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło	42,67% (n = 128)	40,33% (n = 121)	16% (n = 48)	1% (n = 3)
Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	0% (n = 0)	14,66% (n = 44)	41,67% (n = 125)	43,67% (n = 131)
Szukam rady i pomocy u innych dotyczącej tego, co należy zrobić	0% (n = 0)	14% (n = 42)	42% (n = 126)	44% (n = 132)
Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść	53,67% (n = 161)	34,67% (n = 104)	11,33% (n = 34)	0,33% (n = 1)
Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle	0% (n = 0)	3,66% (n = 11)	56,67% (n = 170)	39,67% (n = 119)
Krytykuję samego siebie	0% (n = 0)	4,66% (n = 14)	56,67% (n = 170)	38,67% (n = 116)
Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy zrobić	0% (n = 0)	15,67% (n = 47)	41% (n = 123)	43,33% (n = 130)
Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych	0% (n = 0)	14,33% (n = 43)	41% (n = 123)	44,67% (n = 134)
Rezygnuję z poradzenia sobie z tym	42,67% (n = 128)	41,33% (n = 124)	16% (n = 48)	0% (n = 0)
Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło	8% (n = 24)	34% (n = 102)	45,33% (n = 136)	12,67% (n = 38)
Żartuję na ten temat	43,67% (n = 131)	40,33% (n = 121)	16% (n = 48)	0% (n = 0)
Robię coś, aby mniej o tym myśleć, np. idę do kina, oglądam TV, czytam, śnię na jawie, śpię lub robię zakupy	0,33% (n = 1)	1,33% (n = 4)	62% (n = 186)	36,33% (n = 109)
Akceptuję, że to się już stało	7,67% (n = 23)	37,67% (n = 113)	42,33% (n = 127)	12,33% (n = 37)
Ujawmiam swoje negatywne emocje	7,66% (n = 23)	37,33% (n = 112)	42,33% (n = 127)	12,67% (n = 38)
Staram się znaleźć ukojenie w religii lub w swojej wierze	43% (n = 129)	44,66% (n = 134)	12,33% (n = 37)	0% (n = 0)
Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób	0% (n = 0)	14,67% (n = 44)	42% (n = 126)	43,33% (n = 130)
Uczę się z tym żyć	42,33% (n = 127)	40,66% (n = 122)	17% (n = 51)	0% (n = 0)
Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć	1% (n = 3)	13,66% (n = 41)	40,33% (n = 121)	45% (n = 135)
Obwiniam siebie za to, co się stało	42,33% (n = 127)	40,33% (n = 121)	17% (n = 51)	0,33% (n = 1)
Modlę się lub medytuję	42% (n = 126)	44% (n = 132)	13,66% (n = 41)	0,33% (n = 1)
Traktuję tę sytuację jak zabawę	42% (n = 126)	41% (n = 123)	17% (n = 51)	0% (n = 0)

w nim pytań dotyczyła wsparcia uzyskiwanego w trudnej sytuacji od osób trzecich. Na pomoc, poradę od innych osób mogła liczyć znaczna część badanych. Studenci aż w 85,33% (n = 256) podkreślali często uzyskiwane wsparcie społeczne. Otuchę i zrozumienie od innych otrzymało 85,67% (n = 257) respondentów. Badani wskazywali także na poszukiwanie u innych rad dotyczących tego, co powinni zrobić. Aż 86% (n = 258) ankietowanych radzi się najbliższych, napotykając problem. Kolejną badaną kwestią była analiza sposobów radzenia sobie ze stresem. W tym przypadku prawie jedna trzecia (n = 104) badanych, aby nie myśleć o trudnościach, ucieka się do podejmowania nadmiernej pracy. Zaobserwowano pozytywne zjawisko, jakim jest stronienie od używek przez znaczną część lubelskich studentów w trudnych sytuacjach. Aż 88,33% (n = 265) studentów twierdzi, że nie sięga po alkohol lub inne środki psychoaktywne w celu poprawy samopoczucia. W kwestionariuszu znajdowało się także pytanie o pozytywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Studenci, aby nie myśleć o trudnościach (98,33%, n = 295), idą z kina, oglądają TV, czytają, śpią, robią zakupy. Odpowiedzi na pozostałe pytania zawarte w kwestionariuszu Mini-COPE przedstawiono w tabeli 3.

Drugim narzędziem, za pomocą którego badano sposoby radzenia sobie ze stresem prezentowane przez lubelskich studentów był autorski kwestionariusz. Już w pierwszym pytaniu stwierdzono, iż połowa (n = 149) badanych bardzo często tłumi złość. Największe odprężenie przynosi im (35%, n = 105) jedna z ulubionych form aktywności, np. jogging, pływanie, tenis, taniec. Niemal jedna czwarta (n = 74) badanych za bardzo odprężające uważa oglądanie w samotności telewizji. Następnie 23% (n = 69) wskazało na wspólne wyjście ze znajomymi, a 17,33% (n = 52) na długi, nieograniczony sen. Wśród ankietowanych aż 55,33% (n = 166) za sposób radzenia sobie ze stresem uważa słuchanie ulubionej muzyki, która poprawia nastroj. Wyłącznie 18,67% (n = 56) traktuje wysiłek fizyczny jako najlepszy sposób, by rozładować napięcie. Kolejne pytania dotyczyły roli relaksacji w walce ze stresem. Aż 43,67% (n = 131) stosuje techniki relaksacyjne, medytację bądź inne formy działające rozluźniająco i wyciszająco. Następnie 37,67% (n = 113) w stresującej sytuacji potrafi wyciszyć się przez miarowy i głęboki oddech przeponą. Na pytanie „Co robisz, gdy masz trudny etap w swoim życiu – na twoją głowę zważyło się dużo trudnych spraw, masz wrażenie, że stres cię przerósł i czujesz się absolutnie bezradny/a?” ankietowani odpowiedzieli następująco: 28,67% (n = 86) zamartwia się, 23% (n = 69) zwraca się do najbliższej przyjaciółki po poradę i wsparcie, 22% (n = 66) czeka z nadzieją, że problem się sam rozwiąże, 19,67% (n = 59) sięga po używki, 6,66% (n = 20) wypisuje na kartce różne możliwe rozwiązania problemu i zabiera się za realizację pierwszego z listy. Kolejne pytania kwestionariusza dotyczyły stosowania używek w związku z narażeniem na stres. Dokładnie 89 badanych w stresujących sy-

tuacjach sięga po używki, przy czym w 84% przypadków są to papierosy. Aż 38,67% (n = 116) objada się w sytuacji stresu, co uważa za prawdziwy problem. Pozostała część badanych, kiedy przeżywa silny stres, nie jest w stanie nic przełknąć. Aż 25% (n = 75) respondentów po silnym stresie doświadcza dolegliwości fizycznych, takich jak ból głowy, brzucha. Wyłącznie 17,67% (n = 53) twierdzi, że stres nie wywołuje u nich żadnych problemów zdrowotnych. Na pytanie „Zbliży się dzień ważnej dla ciebie prezentacji. Wieczór wcześniej jesteś bardzo podenerwowany/a. Co robisz?” studenci udzielili następujących odpowiedzi: 44% (n = 132) denerwuje się i wszystko próbuje dopiąć na ostatnią chwilę, 38,67% (n = 116) stara się intensywnym treningiem rozładować napięcie, 17,33% (n = 52) bierze ciepłą kąpiel przed snem i wypija filiżankę melisy.

Omówienie

Młodzież styka się obecnie z coraz większą liczbą rozmaitych wyzwań i trudności wywołujących stres. Nie jesteśmy w stanie uniknąć stresu, ale możemy go kontrolować i ograniczać jego skutki. Współcześnie szczególne znaczenie przypisuje się procesom radzenia sobie ze stresem. Ludzie mają do dyspozycji wiele takich strategii. W badaniach własnych studenci nie wskazywali na konkretną strategię radzenia sobie ze stresem. W swoich zachowaniach odwoływali się do 3 głównych strategii skoncentrowanych na zadaniu, emocjach i unikaniu.

Zdaniem Juczyńskiego przebieg procesu radzenia sobie ze stresem jest determinowany przez posiadane zasoby osobiste oraz sieć wsparcia społecznego. Uważa on, że nieodpowiednio dobrany sposób niwelowania stresu „(...) może prowadzić do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia (używanie alkoholu, tytoniu) lub też niepodejmowania adaptacyjnych zachowań zaradczych”¹² Siudem przeprowadziła badania dotyczące sposobów radzenia sobie z trudnościami wśród uczącej się młodzieży, z których wynika, iż młodzi zazwyczaj radzili sobie ze stresem, podejmując działania zaradcze. Dążyli do rozwiązania problemu. Równie często preferowali styl opierający się na unikaniu. Wykazali „(...) tendencję do ucieczki od myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Najmniej badanych osób wybrało sposób radzenia sobie ze stresem poprzez koncentrację na własnym stanie emocjonalnym (...) szukając sposobu obniżenia napięcia poprzez myślenie życzeniowe czy fantazjowanie”¹³ Zdaniem Lazarusa i Folkman radzenie sobie ze stresem może wiązać się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych.¹⁴ Stosowanie substancji psychoaktywnych jest przykładem strategii uciezkowo-unikowej. Makowska i Poprawa uważają, że zażywanie środków psychoaktywnych, np. alkoholu, leków, narkotyków, ale również objadanie się, hazard, długotrwałe oglądanie telewizji to działania podejmowane w celu regulacji emo-

cji.¹⁵ Zachowania takie są określane mianem autodestruktywnej strategii radzenia sobie. Doświadczanie przykrych napięć jest niekiedy przyczyną rozwoju nieprawidłowych zachowań żywieniowych. Pietrzykowska i Wierusz-Wysocka są zdania, iż przejadanie się jest postrzegane jako sposób na ucieczkę od negatywnych emocji. „Nadmierne spożywanie żywności, w szczególności cukru, alkoholu może być spowodowane nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem”.¹⁶ W badaniach Hubert ankietowani z grupy wiekowej 16–24 lat prezentowali najczęściej styl skoncentrowany na emocjach (32%). Kolejne 24% wybrało styl skoncentrowany na unikaniu, a 22%, doświadczając trudnej sytuacji, koncentruje się na jej rozwiązaniu. „Dominujący model emocjonalnego podejścia do problemu można uzasadnić brakiem doświadczenia życiowego i wypracowanego sposobu reagowania w sytuacjach trudnych. Emocje zyskują pierwszeństwo nad racjonalnym podejściem do problemu”.¹⁷ Kwiatkowska et al. uważają, że sposobem na radzenie sobie ze stresem jest wsparcie społeczne, które zmniejsza dyskomfort emocjonalny, pozwala zaadaptować się do trudnej sytuacji.¹⁸

Warto także przyjrzeć się wynikom zagranicznych badań poruszających problematykę stresu wśród studiującej młodzieży. Dahlin, Joneborg i Runeson dokonali oceny narażenia na różne czynniki stresogenne i występowanie depresji wśród szwedzkich studentów medycyny na różnych poziomach kształcenia, biorąc pod uwagę zmienną w postaci płci. Wykazano, iż kobiety odczuwają większe natężenie stresu niż mężczyźni. Studenci medycyny uzyskali wyższy wskaźnik depresji w porównaniu z populacją ogólną.¹⁹ Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Mimo że nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic względem płci i rodzaju uczelni, kobiety wskazywały na częstsze i silniejsze działanie stresu, tak samo jak studenci kierunków medycznych. Porównanie poziomu działania stresu, częstości występowania stresorów i poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych było przedmiotem badań Awé et al. Zespół wykazał, że poziom odczuwanego stresu był podobny, jeśli weźmie się pod uwagę studentów pochodzących z różnych ośrodków naukowych, a zauważone niewielkie różnice wynikają z przyjętych metod dydaktycznych, wsparcia instytucjonalnego, klimatu na uczelni.²⁰ Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach własnych. Abdollahi et al. badali zależność między umiejętnościami rozwiązywania problemów i postrzeganiem stresu wśród studentów z Malezji. Analiza pokazała, że studenci charakteryzujący się małymi umiejętnościami rozwiązywania problemów, niskim poziomem zaufania wybierali styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na unikaniu. Ponadto częściej niż pozostali badani zgłaszali działanie stresu. Wyniki podkreślają konieczność nabywania przez młodych ludzi umiejętności rozwiązywania problemów, co w znacznym stopniu wpływa na obniżenie poziomu stresu odczuwanego przez studentów.²¹ Kriener et al.

badali poczucie stresu psychospołecznego, a także stosowanie określonych strategii radzenia sobie ze stresem wśród studentów. Uzyskane przez nich wyniki pokazują, że jeden na trzech studentów odczuwa silny stres. Mimo tych niekorzystanych rezultatów, tylko 25% badanych korzystało z pomocy specjalistycznego poradnictwa. Studenci zmniejszają stres, wykorzystując przede wszystkim dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z nim. Badacze podkreślili konieczność realizacji seminariów na temat radzenia sobie ze stresem na uniwersytetach, co może przyczynić się do zmniejszenia częstotliwości występowania zdarzeń, na które nie ma się wpływu i napięcia wśród studentów.²² W badaniach własnych studenci nie wskazywali na istnienie jednego, najbardziej skutecznego sposobu radzenia sobie ze stresem. Ważne, by dysponować jak największą liczbą różnych metod i zasobów przydanych do niwelowania stresujących sytuacji. Metzger et al. badali występowanie zachowań antyzdrowotnych wśród afroamerykańskich studentów. Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, iż wzmożone spożywanie alkoholu i ryzykowne zachowania seksualne są typowe dla osób narażonych na silny stres.²³ Należy podkreślić, że w badaniach własnych ankietowani w niewielkim stopniu uciekają się do używek w odpowiedzi na stres. W sytuacji będącej źródłem stresu badana młodzież angażuje się intensywnie w kontakty towarzyskie, szukając w innych osobach potrzebnego wsparcia.

Wnioski

Badania wykazały, że stosowane przez młodzież sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach są średnio zadowolające. Wskazuje na to średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych z testu opracowanego przez autorów niniejszej pracy. Badani osiągnęli wynik poniżej przyjętych progów punktowych.

Miejsce zamieszkania i samoocena stylu życia badanych osób korelowały z poziomem odczuwanego stresu. Istotnie wyższy poziom wiedzy o konstruktywnych sposobach działania w trudnych sytuacjach mieli studenci zamieszkujący domy studenckie i osoby, które nie potrafiły ocenić swojego stylu życia.

Radzenie sobie ze stresem zależy w dużej mierze od zmiennych osobowościowych, rzutujących na wybór strategii radzenia sobie. Za najbardziej prozdrowotny styl radzenia sobie uważa się styl skoncentrowany na zadaniu.

Wiedza to najistotniejszy element oddziałujący na zachowania zdrowotne ludności. W związku z narastającym problemem narażenia na stres jest konieczne popularyzowanie informacji o sposobach radzenia sobie ze stresem. Ważnym działaniem jest zwiększenie świadomości studentów na temat własnych zasobów i ograniczeń, a także prowadzenie szkoleń kształtujących umiejętności społeczne.

Piśmiennictwo

1. Dugiel G, Tustanowska B, Kęcka K, Jasińska M: Przegląd teorii stresu. *Acta Sci Acad Ostroviensis*. 2012;1:47–70.
2. Waszkowska M, Potocka A, Wojtaszyk P: Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera; 2010.
3. Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal and coping. New York: Wyd. Springer; 1984.
4. Heszen-Niejodek I: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [W:] Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3. Red.: Strelau J. Gdańsk: Wyd. GWP; 2007:465–492.
5. Kopeć M, Terelak JF: Style poznawcze a style radzenia sobie ze stresem u osób z przewlekłym bólem kręgosłupa. *Stud Psychol*. 2009;9:57–74.
6. Wrześniewski K: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [W:] Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Red.: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 1996:44–64.
7. Endler NS, Norman S: Stress, anxiety and coping: The multidimensional interaction model. *Can Psychol*. 1997;38(3):136–153.
8. Schwarzer R, Taubert S: Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: proactive coping. [In:] Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges. Ed.: Frydenberg E. London: Oxford University Press; 2002:19–35.
9. Żuralska R, Majkiewicz M, Gaworska-Krzemińska A: Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Probl Pielęg*. 2012; 20(2):240–246.
10. Ogińska-Bulik N: Zasoby osobiste jako wyznaczniki radzenia sobie ze stresem u dzieci. *Acta Univ Lodz., Folia Psychol*. 2001;5:83–95.
11. Sęk H, Cieślak R: Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa: PWN; 2005.
12. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. *Przeegl Psychol*. 1999;4(42):43–56.
13. Siudem A: Radzenie sobie ze stresem a osiągnięcia szkolne uczniów. *Ann UMCS Sect D*. 2005;18:155–165.
14. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ: Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992–1003.
15. Makowska H, Poprawa R: Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. [W:] Podstawy psychologii zdrowia. Red.: Dolińska-Zygmunt G. Wrocław: Wyd. UW; 2001:71–102.
16. Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B: Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merkurusz Lek*. 2008;143:472–476.
17. Huber L: Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Probl Hig Epidemiol*. 2010;91(2):268–275.
18. Kwiatkowska A, Roszak J, Sikora R, et al.: Kultura a strategie radzenia sobie ze stresem. Badania międzykulturowe. *PSSP* 2014;9(28):68–91.
19. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B: Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ*. 2005;39(6): 594–604.
20. Awé C, Gaither CA, Crawford SY, Tieman J: A Comparative Analysis of Perceptions of Pharmacy Students' Stress and Stressors across Two Multicampus Universities. *Am J Pharm Educ*. 2016;80(5):82.
21. Abdollahi A, Abu Talib M, Carlbring P, Harvey R, Yaacob SN, Ismail Z: Problem-solving skills and perceived stress among undergraduate students: The moderating role of hardiness. *J Health Psychol*. 2016. doi: 10.1177/1359105316653265.
22. Kriener C, Schwertfeger A, Deimel D, Köhler T: Psychosocial Stress, Stress Perception and Stress Management of Students of Social Work: a Quantitative Study. *Gesundheitswesen*. 2016. doi: 10.1055/s-0042-108643.
23. Metzger IW, Cooper SM, Ritchwood TD, Onyeuku C, Griffin CB: Profiles of African American College Students' Alcohol Use and Sexual Behaviors: Associations With Stress, Racial Discrimination, and Social Support. *J Sex Res*. 2016. doi: 10.1080/00224499.2016.1179709.

Częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych przez studentów opolskich, śląskich i dolnośląskich uczelni

The frequency of consumption of selected food products by students from Opole Voivodship, Lower Silesia and Silesian universities

Ewa Malczyk^{1, A, C, D, F}, Marzena Zołoteńka-Synowiec^{1, B, C, E}, Beata Całyniuk^{2, B, E, F}, Agata Malczyk^{3, B-D}, Joanna Synowiec^{4, B, C}

¹ Instytut Dietetyki, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie, Nysa

² Katedra Dietetyki, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

³ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

⁴ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nysie, Nysa

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):35–43

Adres do korespondencji

Ewa Malczyk

e-mail: ewa.malczyk@pwsz.nysa.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.02.2016 r.

Po recenzji: 22.08.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 25.10.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Sposób żywienia, obok aktywności fizycznej, jest jednym z dominujących czynników decydujących o utrzymaniu i doskonaleniu potencjału zdrowotnego człowieka. Racjonalna dieta pokrywająca zapotrzebowanie organizmu na wszystkie niezbędne składniki odżywcze nie tylko umożliwia zachowanie zdrowia i odpowiedni rozwój psychofizyczny jednostki, ale także zmniejsza ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych, między innymi układu krążenia, cukrzycy typu 2 i osteoporozy.

Cel pracy. Ocena częstotliwości spożycia wybranych produktów spożywczych przez studentów uczelni wyższych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 422 studentów z 3 województw: opolskiego, dolnośląskiego i śląskiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety w formie tabeli z wybranymi produktami spożywczymi. Analizowano zależności występujące między częstotliwością spożycia produktów a płcią badanych. Studenci określali częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych za pomocą sześciostopniowej skali.

Wyniki. Częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych była istotnie statystycznie zależna od płci badanych. Kobiety częściej spożywały ciemne pieczywo, mleko i napoje mleczne, sery kwasowe, ryby, masło, ciasta i ciastka, surowe i gotowane warzywa oraz owoce, a także wodę mineralną, kawę naturalną i herbatę. Z kolei mężczyźni częściej wybierali pieczywo jasne, ryż, jaja, czerwone mięso, słone przekąski, produkty typu fast food, frytki, napoje gazowane oraz alkohole. Sposób żywienia większości badanych studentów odbiegał od zalecanego modelu odżywiania. Za nieprawidłowe nawyki żywieniowe wszystkich studentów uznano: zbyt małą częstotliwość spożycia pełnoziarnistego pieczywa, kasz, ryżu, mleka i jego przetworów, ryb, suchych nasion roślin strączkowych, warzyw oraz owoców.

Wnioski. Nawyki żywieniowe w zakresie częstotliwości spożycia wybranych produktów spożywczych wymagają zmian i wskazują na potrzebę zwiększenia świadomości badanych studentów, szczególnie płci męskiej, odnośnie do roli prawidłowego odżywiania się jako ważnego elementu profilaktyki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: studenci, częstotliwość spożycia, produkty spożywcze

DOI

10.17219/pzp/66330

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Diet, in addition to physical activity, is one of dominant factors determining the maintenance and improvement of human health.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the frequency of consumption of selected food products by university students.

Material and methods. The study included 422 students from 3 regions: Opole, Lower Silesia and Silesia. In the study, the authors used poll diagnostic method, an original questionnaire in the form of a table with selected food products. Students determined the frequency of consumption of selected food products on a 6-level scale.

Results. The frequency of consumption of selected food products depended on respondents' gender. Women showed higher consumption frequency of dark bread, milk, milk drinks, acid cheese, fish, butter, cakes, pastries, cooked and raw vegetables, fruits, mineral water, natural coffee, and tea. On the other hand, men more frequently consumed white bread, rice, eggs, red meat, salty snacks, fast food, chips, soft drinks, and alcohol. The diet of the majority of surveyed students from Opole, Silesia and Lower Silesia universities differed from the recommended nutrition model. Bad eating habits in both sexes included too low consumption frequency of whole-wheat bread, groats, rice, milk and dairy products, fish, dry legumes, vegetables and fruits. Taking into account the frequency of consuming selected food products, we demonstrated that women consume more dark bread, milk and milk drinks, cheese, raw and cooked vegetables, fruits, and mineral water.

Conclusions. Eating habits in terms of the frequency of eating selected food products not only require modification, but also indicate a need to increase the awareness of surveyed students, especially males, about the role of proper nutrition in preventive health care.

Key words: students, frequency of consumption, food products

Wprowadzenie

Sposób żywienia, obok aktywności fizycznej, jest jednym z dominujących czynników decydujących o utrzymaniu i doskonaleniu potencjału zdrowotnego człowieka. Racjonalna dieta, pokrywająca zapotrzebowanie organizmu na wszystkie niezbędne składniki odżywcze, nie tylko umożliwia zachowanie zdrowia i odpowiedni rozwój psychofizyczny jednostki, ale także zmniejsza ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości oraz innych przewlekłych chorób niezakaźnych, między innymi układu krążenia, cukrzycy typu 2 i osteoporozy.¹

Biorąc pod uwagę nawyki żywieniowe, stwierdzono, że osoby studiuje są swoistą grupą społeczną. Z jednej strony okres wzmożonej aktywności umysłowej, jakim jest czas studiów, powinien być wspomagany przez odpowiedni sposób odżywiania się. Z drugiej natomiast, opuszczenie domu rodzinnego, duża aktywność społeczna, nieregularny tryb życia i wysoki poziom stresu związany z obowiązkami akademickimi mogą być przyczyną negatywnych zachowań zdrowotnych, takich jak: niewłaściwe odżywianie, brak aktywności fizycznej i nałogi.^{2,3} Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na liczne nieprawidłowości w sposobie odżywiania tej grupy mogą być ograniczone środki finansowe, co sprawia, że studenci chętnie sięgają po tańsze, w dużym stopniu przetworzone produkty (tzw. żywność wygodną) lub rezygnują ze spożycia niektórych podstawowych posiłków.⁴⁻⁶ Skutkiem monotonnej diety, nieregularnych posiłków spożywanych w pośpiechu są niedobory składników odżywczych, składników mineralnych i witamin.^{7,8}

Celem pracy była ocena częstotliwości spożycia wybranych produktów spożywczych przez studentów uczelni wyższych w województwach: opolskim, śląskim i dolnośląskim oraz wskazanie obszarów występowania nieprawidłowych nawyków żywieniowych w badanej grupie studentów.

Materiał i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 454 studentów z 3 województw: opolskiego, śląskiego i dolnośląskiego. W badaniu uczestniczyły osoby studiuje w trybie stacjonarnym, spełniające kryterium wieku (19–26 lat), miejsca odbywania studiów oraz stosowania diety podstawowej. Wykluczono 32 osoby niespełniające wszystkich kryteriów. Badaniem objęto 422 osoby, z czego 70% (n = 296) stanowiły kobiety, a 30% (n = 126) – mężczyźni.

Niedowagę miało 28% (n = 120) badanych, prawidłową masę ciała – 57% (n = 239), nadwagę – 14% (n = 57), a otyłość – 1% (n = 6). W badanej grupie 10% (n = 42) osób zadeklarowało bardzo dobrą sytuację materialną, 64% (n = 271) – dobrą, 24% (n = 102) – dostateczną, a 2% (n = 8) – złą. W województwie dolnośląskim studiowało 40% (n = 169) respondentów, w województwie opolskim 37% (n = 155), a śląskim – 23% (n = 98). Wśród badanych przeważały osoby mieszkające samodzielnie (62%, n = 262). Pozostali ankietowani mieszkali z rodzicami (38%, n = 160).

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety w formie tabeli z wybranymi produktami spożywczymi. Studenci określali częstotliwość spożycia produktów spożywczych (tab. 1 i 2) za pomocą 6-stopniowej skali. Każdej częstotliwości przypisano następujące punkty: kilka razy dziennie – 6 pkt, raz dziennie – 5 pkt, kilka razy w tygodniu – 4 pkt, raz w tygodniu – 3 pkt, rzadko – 2 pkt, nigdy – 1 pkt. Respondentów zapytano ponadto o dane socjodemograficzne (wiek, płeć, rodzaj stosowanej diety, tryb i miejsce studiowania, sytuację materialną, warunki mieszkaniowe) i antropometryczne (wysokość i masę ciała).

Na podstawie zebranych danych wyliczono średnią częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych

dla wszystkich respondentów oraz z uwzględnieniem płci. Wyniki opracowano statystycznie z użyciem programu STATISTICA 10.0. Dokonano obliczeń wartości średniej (\bar{x}) oraz odchylenia standardowego (SD). W celu wykazania zależności między częstością spożycia wybranych produktów a płcią zastosowano test χ^2 Pearsona, przyjmując poziom istotności dla $p = 0,05$.

Wyniki

W tabelach 1 i 2 przedstawiono średnią częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych wśród badanej grupy studentów.

Ankietowani spożywali jasne i ciemne pieczywo z taką samą częstotliwością, tj. raz lub kilka razy w tygodniu (tab. 1). Częstotliwość spożycia tych produktów była za-

leżna od płci ($p \leq 0,05$). Kobiety jadły ciemne pieczywo kilka razy w tygodniu ($\bar{x} = 3,90$), a mężczyźni raz w tygodniu ($\bar{x} = 3,08$). Z kolei mężczyźni jasne pieczywo spożywali kilka razy w tygodniu, a kobiety do kilku razy w tygodniu ($\bar{x} = 4,10$ vs $\bar{x} = 3,46$). Kasze konsumowano rzadko ($\bar{x} = 2,37$), bez względu na płeć badanych studentów ($\bar{x} = 2,44$ vs $\bar{x} = 2,22$). Analiza statystyczna nie wykazała także istotnego zróżnicowania częstotliwości spożycia makaronu od płci ($\bar{x} = 2,93$ vs $\bar{x} = 2,97$), który był konsumowany raz w tygodniu. Częstotliwość spożycia ryżu była determinowana przez płeć ($p \leq 0,05$). Mężczyźni spożywali ryż ze średnią częstotliwością raz w tygodniu, a kobiety raz w tygodniu albo rzadziej (tab. 1). Gotowe śniadaniowe produkty zbożowe były spożywane raz w tygodniu ($\bar{x} = 2,89$). Analiza statystyczna nie potwierdziła różnicy w częstotliwości spożycia tego typu produktów w zależności od płci ankietowanych.

Tabela 1. Średnia częstotliwość spożycia produktów zbożowych, mleka i produktów mlecznych, mięsa, wędlin, ryb oraz tłuszczów z uwzględnieniem płci

Table 1. The average consumption frequency of cereal, milk, dairy, meat, cold cuts, and fish fats in relation to gender

Produkty spożywcze	Ogół populacji (n = 422)	Kobiety (n = 296)	Mężczyźni (n = 126)	Test χ^2 Pearsona
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Pieczywo ciemne	3,65 ± 1,62	3,90 ± 1,59	3,08 ± 1,55	χ^2 Pearsona: 27,14; df = 5, p = 0,0000
Pieczywo jasne	3,65 ± 1,61	3,46 ± 1,57	4,10 ± 1,63	χ^2 Pearsona: 17,50; df = 5, p = 0,0036
Kasze	2,37 ± 0,88	2,44 ± 0,88	2,22 ± 0,87	χ^2 Pearsona: 10,04; df = 5, p = 0,0741
Makarony	2,94 ± 0,80	2,93 ± 0,74	2,97 ± 0,92	χ^2 Pearsona: 10,06; df = 5, p = 0,0735
Ryż	2,82 ± 0,89	2,76 ± 0,83	2,95 ± 1,02	χ^2 Pearsona: 15,99; df = 5, p = 0,0069
Gotowe śniadaniowe produkty zbożowe	2,89 ± 1,32	2,97 ± 1,32	2,70 ± 1,32	χ^2 Pearsona: 8,39; df = 5, p = 0,1358
Mleko	3,89 ± 1,47	4,02 ± 1,46	3,60 ± 1,48	χ^2 Pearsona: 11,74; df = 5, p = 0,0386
Napoje mleczne	3,67 ± 1,15	3,76 ± 1,10	3,44 ± 1,22	χ^2 Pearsona: 12,95; df = 5, p = 0,0239
Sery kwasowe	2,86 ± 1,11	2,97 ± 1,08	2,61 ± 1,15	χ^2 Pearsona: 15,82; df = 5, p = 0,0074
Sery podpuszczkowe	3,38 ± 1,22	3,39 ± 1,22	3,38 ± 1,24	χ^2 Pearsona: 0,80; df = 5, p = 0,9773
Jaja	3,11 ± 0,85	3,01 ± 0,79	3,12 ± 0,97	χ^2 Pearsona: 11,75; df = 5, p = 0,0384
Mięso czerwone	2,69 ± 0,98	2,59 ± 0,94	2,92 ± 1,04	χ^2 Pearsona: 13,77; df = 5, p = 0,0172
Mięso drobiowe	3,56 ± 0,88	3,53 ± 0,87	3,61 ± 0,91	χ^2 Pearsona: 3,31; df = 5, p = 0,6515
Wędliny	3,63 ± 1,30	3,63 ± 1,31	3,61 ± 1,28	χ^2 Pearsona: 1,46; df = 5, p = 0,9177
Ryby	2,57 ± 0,79	2,64 ± 0,78	2,41 ± 0,79	χ^2 Pearsona: 15,53; df = 5, p = 0,0083
Masło	3,74 ± 1,78	3,81 ± 1,83	3,58 ± 1,64	χ^2 Pearsona: 11,56; df = 5, p = 0,0414
Margaryna	2,53 ± 1,77	2,45 ± 1,76	2,71 ± 1,79	χ^2 Pearsona: 6,55; df = 5, p = 0,2562

Studenci spożywali mleko i napoje mleczne raz lub kilka razy w tygodniu ($\bar{x} = 3,89$, $\bar{x} = 3,67$). Istotnie częściej produkty te konsumowały studentki niż studenci ($\bar{x} = 4,02$ vs $\bar{x} = 3,60$; $\bar{x} = 3,76$ vs $\bar{x} = 3,44$). Równie większą, istotnie statystycznie częstotliwością spożycia twarogu charakteryzowały się kobiety ($\bar{x} = 2,97$ vs $\bar{x} = 2,61$). Z kolei sery podpuszczkowe były spożywane bez względu na płeć, najczęściej raz w tygodniu ($\bar{x} = 3,38$). Z podobną częstotliwością konsumowano jaja ($\bar{x} = 3,11$), ale w tym przypadku zaobserwowano niewielką, ale istotną statystycznie różnicę. Mężczyźni częściej niż kobiety spożywali jaja ($\bar{x} = 3,12$ vs $\bar{x} = 3,01$).

Zróznicowanie częstotliwości spożycia czerwonego mięsa przez kobiety i mężczyzn potwierdziła analiza statystyczna ($p \leq 0,05$). Mężczyźni częściej niż kobiety jedli mięso dużych zwierząt rzeźnych ($\bar{x} = 2,92$ vs $\bar{x} = 2,59$), tj. raz w tygodniu. Nie odnotowano różnic istotnych sta-

tystycznie w częstotliwości spożycia mięsa drobiowego i wędlin, biorąc pod uwagę płeć ankietowanych. Mięso drobiowe i wędliny były konsumowane raz lub kilka razy w tygodniu ($\bar{x} = 3,56$, $\bar{x} = 3,63$). Rzadko natomiast bądź raz w tygodniu były spożywane ryby ($\bar{x} = 2,57$) i częściej jadły je kobiety niż mężczyźni ($\bar{x} = 2,64$ vs $\bar{x} = 2,41$). Istotnie częściej, tj. kilka razy w tygodniu, masła jako tłuszczu do smarowania pieczywa używały studentki niż studenci ($\bar{x} = 3,81$ vs $\bar{x} = 3,58$). Analiza statystyczna wykazała, że margaryna była spożywana rzadziej niż raz w tygodniu przez ankietowanych, bez względu na ich płeć ($p > 0,05$).

Większość respondentów, bez względu na płeć, spożywała ziemniaki raz w tygodniu ($\bar{x} = 3,10$; tab. 2). Częściej niż kilka razy w tygodniu konsumowali surowe warzywa i owoce ($\bar{x} = 4,20$, $\bar{x} = 4,53$). Częstotliwość spożycia tych produktów była determinowana przez płeć ($p \leq 0,05$). Zarówno w przypadku warzyw, jak i owoców istotnie

Tabela 2. Średnia częstotliwość spożycia warzyw, owoców, słodczy, słonych przekąsek, produktów typu fast food, napojów i alkoholu z uwzględnieniem płci

Table 2. The average consumption frequency of vegetables, fruits, sweets, salty snacks, fast food, drinks, and alcohol in relation to gender

Produkty spożywcze	Ogół populacji (n = 422)	Kobiety (n = 296)	Mężczyźni (n = 126)	Test χ^2 Pearsona
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Ziemniaki	3,10 ± 1,01	3,14 ± 1,00	3,03 ± 1,04	χ^2 Pearsona: 2,22; df = 5, p = 0,8174
Warzywa surowe	4,20 ± 1,42	4,52 ± 1,38	3,45 ± 1,24	χ^2 Pearsona: 55,68; df = 5, p = 0,0000
Warzywa gotowane	3,64 ± 1,19	3,81 ± 1,15	3,21 ± 1,18	χ^2 Pearsona: 26,33; df = 5, p = 0,0001
Owoce	4,53 ± 1,30	4,85 ± 1,20	3,76 ± 1,19	χ^2 Pearsona: 69,84; df = 5, p = 0,0000
Suche nasiona roślin strączkowych	2,11 ± 0,88	2,18 ± 0,88	1,95 ± 0,86	χ^2 Pearsona: 14,23; df = 4, p = 0,0066
Słodycze	3,73 ± 1,22	3,82 ± 1,25	3,52 ± 1,15	χ^2 Pearsona: 9,53; df = 5, p = 0,0897
Ciasta i ciastka	3,11 ± 1,10	3,14 ± 1,09	3,04 ± 1,10	χ^2 Pearsona: 13,59; df = 5, p = 0,0184
Przekąski słone	2,51 ± 1,02	2,47 ± 1,01	2,60 ± 1,04	χ^2 Pearsona: 11,50; df = 5, p = 0,0424
Produkty typu fast food	2,07 ± 0,79	1,99 ± 0,71	2,26 ± 0,92	χ^2 Pearsona: 26,68; df = 5, p = 0,0001
Frytki	2,03 ± 0,79	1,97 ± 0,68	2,19 ± 0,97	χ^2 Pearsona: 17,26; df = 5, p = 0,0040
Soki i nektary owocowe	3,47 ± 1,33	3,53 ± 1,35	3,35 ± 1,27	χ^2 Pearsona: 2,52; df = 5, p = 0,7729
Słodzone napoje gazowane	2,43 ± 1,23	2,22 ± 1,21	2,90 ± 1,14	χ^2 Pearsona: 45,60; df = 5, p = 0,0000
Woda mineralna	5,34 ± 1,21	5,51 ± 1,03	4,96 ± 1,49	χ^2 Pearsona: 21,49; df = 5, p = 0,0007
Kawa naturalna	3,46 ± 1,84	3,66 ± 1,82	3,01 ± 1,83	χ^2 Pearsona: 17,25; df = 5, p = 0,0040
Herbata	4,62 ± 1,46	4,79 ± 1,40	4,22 ± 1,51	χ^2 Pearsona: 16,61; df = 5, p = 0,0053
Alkohole wysokoprocentowe	2,03 ± 0,82	1,90 ± 0,71	2,34 ± 0,97	χ^2 Pearsona: 27,69; df = 5, p = 0,0000
Alkohole średnio- i niskoprocentowe	2,44 ± 0,97	2,25 ± 0,79	2,89 ± 1,18	χ^2 Pearsona: 49,99; df = 5, p = 0,0000

częściej sięgały po nie kobiety niż mężczyźni ($\bar{x} = 4,52$ vs $\bar{x} = 3,45$; $\bar{x} = 4,85$ vs $\bar{x} = 3,76$). Rzadziej, tzn. do kilku razy w tygodniu były spożywane gotowane warzywa i również w tym przypadku częściej jadły je studentki niż studenci ($\bar{x} = 3,81$ vs $\bar{x} = 3,21$). Większość respondentów rzadko spożywała suche nasiona roślin strączkowych ($\bar{x} = 2,11$). Analiza statystyczna wykazała zróżnicowanie w częstotliwości spożycia tych nasion ($p \leq 0,05$) – częściej konsumowały je kobiety niż mężczyźni ($\bar{x} = 2,18$ vs $\bar{x} = 1,95$).

Kilka razy w tygodniu spożywano słodczyce ($\bar{x} = 3,73$), a częstotliwość ich spożycia nie była zależna od płci. Rzadziej natomiast (raz w tygodniu) konsumowano ciasta i ciastka ($\bar{x} = 3,11$). Istotnie częściej sięgały po te produkty kobiety niż mężczyźni ($\bar{x} = 3,14$ vs $\bar{x} = 3,04$). Badani rzadko bądź raz w tygodniu spożywali słone przekąski ($\bar{x} = 2,51$). Analiza statystyczna wykazała, że istotnie częściej słone przekąski konsumowali mężczyźni niż kobiety ($\bar{x} = 2,60$ vs $\bar{x} = 2,47$). Studenci zadeklarowali także, że rzadko spożywają produkty typu fast food oraz frytki ($\bar{x} = 2,07$, $\bar{x} = 2,03$). Częściej jednak, co potwierdziła analiza statystyczna, preferowali te produkty mężczyźni niż kobiety ($\bar{x} = 2,26$ vs $\bar{x} = 1,99$; $\bar{x} = 2,19$ vs $\bar{x} = 1,97$) – tabela 2.

Analizując częstość spożycia soków i nektarów owocowych, zaobserwowano, że ankietowani pili je z częstotliwością kilka razy bądź raz w tygodniu ($\bar{x} = 3,47$) i nie była ona determinowana przez płeć badanych ($p > 0,05$). Napoje gazowane i alkohole średnio- i niskoprocentowe były spożywane rzadziej niż raz w tygodniu ($\bar{x} = 2,43$; $\bar{x} = 2,44$). Analiza statystyczna wykazała, że konsumpcja tych napojów i alkoholi była zależna od płci. Mężczyźni znacznie częściej (raz w tygodniu) spożywali tego typu napoje niż kobiety ($\bar{x} = 2,90$ vs $\bar{x} = 2,22$; $\bar{x} = 2,89$ vs $\bar{x} = 2,25$).

Spośród wszystkich analizowanych produktów najczęściej była spożywana woda mineralna ($\bar{x} = 5,34$) i zdecydowanie częściej piły ją kobiety niż mężczyźni ($\bar{x} = 5,51$ vs $\bar{x} = 4,96$). Średnia częstotliwość spożycia kawy i herbaty wśród kobiet także była większa niż w przypadku mężczyzn ($\bar{x} = 3,66$ vs $\bar{x} = 3,01$; $\bar{x} = 4,79$ vs $\bar{x} = 4,22$). Z kolei istotnie częściej studenci płci męskiej spożywali alkohole wysokoprocentowe ($\bar{x} = 2,34$ vs. $\bar{x} = 1,90$) – tabela 2.

Omówienie

Produkty zbożowe, zgodnie z rekomendacjami WHO (World Health Organization) i IŻŻ (Instytut Żywności i Żywienia), powinny stanowić podstawę diety człowieka. Badania własne wskazały na zbyt rzadkie, w stosunku do zaleceń, spożycie produktów zbożowych. Jednocześnie w wielu innych badaniach^{9–11} najwięcej osób deklarowało spożycie ciemnego pieczywa kilka razy w tygodniu. Złe nawyki żywieniowe odnotowano w badaniach Dudy,¹⁰ w których aż 35–40% studentów zadeklarowało, że niemal nigdy nie spożywało ciemnego pieczywa, przy czym większy odsetek tej grupy stanowili mężczyźni. Wyniki bada-

nia Hamułki et al.¹² również potwierdziły występowanie błędów żywieniowych dotyczących niedostatecznego spożycia produktów zbożowych przez młode kobiety. Płeć w badaniach własnych stanowiła istotny czynnik determinujący wybór ciemnego pieczywa, a większe spożycie tego produktu odnotowano wśród kobiet. Podobne wyniki uzyskali Lebiedzińska,¹³ Duda¹⁰ oraz Szponar et al.¹⁴

Studenci uczelni z województw: opolskiego, śląskiego i dolnośląskiego przeważnie spożywali jasne pieczywo raz lub kilka razy w tygodniu. Podobną częstotliwość spożycia tego rodzaju pieczywa odnotowali wśród studentek Stefańska et al.¹⁵ oraz Kolarzyk et al.⁹ W badaniach Dudy¹⁰ natomiast, jasne pieczywo było spożywane 1–3 razy dziennie przez ponad połowę ankietowanych kobiet i mężczyzn. Oceniając częstotliwość spożycia jasnego pieczywa, wykazano, że płeć odgrywała istotną rolę w wyborze tego produktu. Potwierdzają to także inne badania,^{13,14} w których zdecydowana większość ankietowanych mężczyzn preferowała pieczywo jasne, choć odsetek kobiet spożywających ten rodzaj pieczywa był również wysoki.

Stwierdzone małe (rzadziej niż raz w tygodniu) spożycie kasz przez badanych studentów jest zgodne z doniesieniami innych autorów. Kasze nie są obecne w pożywieniu młodych ludzi, co potwierdziły m.in. badania przeprowadzone przez Flaczyk et al.¹⁶ wśród młodych konsumentów, a także Semeniuk¹¹ wśród studentów Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie. Również ryż nie cieszył się popularnością wśród badanych osób. Małe spożycie tego produktu stwierdzili Bieżanowska-Kopec et al.¹⁷ wśród studentów z Małopolski oraz Semeniuk¹¹ wśród studentów z Lublina.

Spożycie makaronów było na niskim poziomie zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, co potwierdziła analiza statystyczna. Ankietowani konsumowali je raz w tygodniu, co można uznać za niezadowalające, niezależnie od tego, czy były wybierane makarony pełnoziarniste, czy inne. Taki sam poziom częstotliwości spożycia uzyskali Kolarzyk et al.⁹, wykazując, że studentki z Krakowa i Grodna jadły makarony raz w tygodniu. Większe spożycie wykazała Duda¹⁰ u zdecydowanej większości studentów z Gdańska, którzy spożywali makarony 1–3 razy w tygodniu.

Średnie spożycie gotowych śniadaniowych produktów zbożowych (rzadziej niż raz w tygodniu) wśród badanych było na podobnym poziomie bez względu na płeć. Małe spożycie tych produktów jest zgodnie z zaleceniami IŻŻ, który rekomenduje, aby ograniczać konsumpcję w dużym stopniu przetworzonych produktów zbożowych, ponieważ często zawierają dodatki obniżające ich wartość odżywczą, np. cukier, barwniki i sól.

Oceniając spożycie mleka i przetworów mlecznych, zaobserwowano, że ankietowani w badaniach własnych spożywali je raz lub kilka razy w tygodniu, przy czym kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni. Tak mała konsumpcja tych produktów jest niezgodna z zaleceniami IŻŻ. Rekomendowane jest spożywanie co najmniej 3 porcji produktów mlecznych dziennie ze względu

na ich pozytywny wpływ na organizm człowieka. Badania przeprowadzone przez Kowalską¹⁸ wśród wrocławskich studentów Uniwersytetu Ekonomicznego wykazały, że prawie połowa ankietowanych spożywała je codziennie, a 42% co najmniej raz w tygodniu. Korzystnymi dla zdrowia nawykami wykazała się niemal połowa studentek badanych przez Myszkowską-Ryciak et al.⁵ oraz Dudę.¹⁰

W niniejszych badaniach studenci spożywali mleko tylko kilka razy w tygodniu i czyniły to częściej kobiety niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskali Szponar et al.¹⁴, badając studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Stefańska et al.¹⁵, analizując zwyczaje kobiet studiujących na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Lepsze wyniki uzyskali Adamczyk et al.¹⁹, którzy badając preferencje ludzi młodych na rynku mleka, stwierdzili, że mimo zmniejszenia spożycia tego produktu w ostatnich latach, prawie wszyscy respondenci włączali je do swojego jadłospisu.

Średnia częstotliwość spożycia napojów mlecznych w badaniach własnych wśród studentów wynosiła kilka razy w tygodniu. Kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni piły tego typu napoje. Zbliżone wyniki uzyskali Krasnowska et al.²⁰ Wykazali oni, że 35% studentów z Wrocławia spożywało produkty mleczarskie kilka razy w tygodniu. Z kolei badania przeprowadzone przez Mojkę et al.²¹ dowiodły, że ponad połowa studentów spożywała mleczne napoje fermentowane z częstotliwością kilku razy w tygodniu, ale już tylko jedna czwarta badanych piła je codziennie.

Analizując wyniki odnoszące się do spożycia serów twarogowych, można stwierdzić, że sery nie były często wprowadzane do jadłospisu przez badanych studentów. Spożycie twarogu było częstsze wśród kobiet niż mężczyzn, ale wciąż na zbyt niskim poziomie względem zaleceń IŻŻ. Bardzo małe spożycie twarogu odnotowali także Kolarzyk et al.⁹ Sery podpuszczkowe cieszyły się taką samą popularnością (częściej niż raz w tygodniu) wśród badanych obu płci. Studentki z Krakowa i Grodna bardzo rzadko włączały sery podpuszczkowe do swojej diety – jadły je tylko 2–3 razy w miesiącu.⁹ Odmienne wyniki uzyskała Duda.¹⁰ W swoich badaniach dowiodła, że 57% studentek i 45% studentów konsumowało sery nawet 1–3 razy dziennie.

Jaja jako źródło pełnowartościowego białka o wzorcowym składzie aminokwasów, a także korzystnych dla zdrowia niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych i wielu witamin powinny stanowić stały element diety. Ich spożycie nie powinno przekraczać około jednego jaja dziennie. Ankietowani konsumowali jaja średnio raz w tygodniu. Podobnie studentki z Krakowa i Grodna najczęściej spożywały je raz w tygodniu.⁹ Spożycie zgodne z zaleceniami żywieniowymi u większości ankietowanych stwierdziła Duda.¹⁰

IŻŻ rekomenduje ograniczenie spożycia czerwonego mięsa i zastąpienie go chudym mięsem drobiowym. W badaniach własnych odnotowano stosunkowo niski

poziom spożycia czerwonego mięsa. Większość badanych jadła mięso wieprzowe i wołowe nie częściej niż raz w tygodniu, przy czym kobiety statystycznie istotnie rzadziej niż mężczyźni. Wyniki badań innych autorów potwierdzają, że kobiety rzadziej włączają ten rodzaj mięsa do swojego jadłospisu.^{10,14,18}

Ponad połowa studentów w badaniu własnym spożywała mięso drobiowe zgodnie z zaleceniami żywieniowymi, tj. kilka razy w tygodniu. Wyniki badań innych autorów sugerują, że kobiety częściej niż mężczyźni wybierały mięso drobiowe, czego nie wykazano w badaniach własnych. Szponar et al.¹⁴ stwierdzili, że aż 80% kobiet i 58% mężczyzn wybierało mięso drobiowe. Dla odmiany, w badaniach Dudy¹⁰ to mężczyźni stanowili większy odsetek osób spożywających drób 1–3 razy w tygodniu.

Przetworzone produkty mięsne, czyli wędliny, powinny być jedzone z umiarem, ponieważ zawierają niekorzystne dla zdrowia dodatki, np. konserwanty. Ich spożycie nie powinno przekraczać jednej porcji dziennie. W badaniu własnym ankietowani konsumowali te produkty do kilku razy w tygodniu. Podobne wyniki uzyskali także inni autorzy. Według Kolarzyk et al. studentki z Małopolski jadły wędliny średnio 2–3 razy w tygodniu, a wyroby wędliniarskie – jeden raz w tygodniu.⁹

Ryby będące doskonałym źródłem NNKT, wielu składników mineralnych, a także witamin A i D, powinny być spożywane 2–3 razy w tygodniu. W badaniach własnych studenci konsumowali ryby rzadziej niż raz w tygodniu. Kobiety istotnie częściej włączały do swojej diety ten rodzaj mięsa. Niepokojąco małe spożycie ryb stwierdzili również inni autorzy.^{5,9} W odróżnieniu do wyników badań własnych, badania Kowalskiej¹⁸ wykazały, że to kobiety, a nie mężczyźni, spożywały je statystycznie istotnie rzadziej.

Zgodnie z zaleceniami żywieniowymi jest wskazane, aby ograniczać spożycie widocznych tłuszczów, zwłaszcza zwierzęcych. W badaniach własnych masło było preferowanym tłuszczem wśród ankietowanych. Studenci spożywali je do kilku razy w tygodniu. Z kolei tłuszcz roślinny był zdecydowanie mniej popularny wśród respondentów obu płci. Średnia częstotliwość spożycia margaryny wynosiła raz w tygodniu lub rzadziej. Podobne preferencje dotyczące wyboru tłuszczów do smarowania pieczywa uzyskali inni autorzy.^{9,10}

W badaniach własnych średnie spożycie ziemniaków określono na raz na tydzień, bez względu na płeć. W badaniach innych autorów natomiast ziemniaki były spożywane częściej. Studentki z Krakowa i Grodna spożywały ziemniaki 2–3 razy w tygodniu,⁹ a prawie 60% ankietowanych z Gdańska, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, jadło je 1–3 razy w tygodniu.¹⁰

Surowe warzywa wśród ankietowanych studentów były spożywane średnio kilka razy w tygodniu i statystycznie istotnie częściej jadły je kobiety. Tak małe spożycie warzyw jest zjawiskiem bardzo niepokojącym. Jeszcze rzadziej były konsumowane warzywa gotowane. Studenci spożywali je średnio raz lub kilka razy w tygodniu. Także i w tym przy-

padku to kobiety częściej sięgały po te produkty. Zdecydowanie więcej studentów deklarowało spożycie owoców. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni spożywały owoce. W badaniach innych autorów zalecenia żywieniowe realizowała średnio połowa ankietowanych, spożywając warzywa i owoce codziennie lub kilka razy dziennie. Taką częstotliwością spożycia tych produktów wykazały się studentki warszawskiego AWF i SGGW⁵, a także studenci UE we Wrocławiu.¹⁸ Studentki z Krakowa i Grodna konsumowały warzywa i owoce w postaci surowej średnio 4–6 razy w tygodniu, a warzywa gotowane 2–3 razy w tygodniu.⁹ Niezadowolające spożycie zanotowali również Stefańska et al.¹⁵ u około połowy badanych, która spożywała surowe warzywa i owoce najczęściej 3–6 razy w tygodniu. Tylko co trzecia studentka sięgała po te produkty więcej niż raz dziennie. Studenci z Gdańska w badaniu Dudy¹⁰ jedli surowe warzywa 1–3 razy w tygodniu. Z taką samą częstotliwością spożywali warzywa ugotowane. Dużo mniej osób jadło je 1–3 razy dziennie, ale warzywa surowe były bardziej preferowane niż gotowane. Podobne wyniki uzyskła Duda,¹⁰ a nieco gorsze Szponar et al.¹⁴ – codziennie owoce spożywało tylko 28% kobiet i 16% mężczyzn. Pozostali ankietowani jedli je kilka razy w tygodniu.

Wyniki badań własnych, podobnie jak innych autorów, wskazują na niewystarczającą ilość suchych nasion roślin strączkowych w pożywieniu studentów. Studenci, a szczególnie płci męskiej, rzadko je spożywali. Bardzo niepokojące jest, że osoby aktywne fizycznie całkowicie rezygnują z jedzenia tego typu produktów. Duda¹⁰ odnotowała, że aż 52% kobiet i 47% mężczyzn studiujących na Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu zrezygnowało z jedzenia nasion roślin strączkowych. Rzadziej niż raz w tygodniu (2–3 razy w miesiącu) produkty te konsumowały studentki z Krakowa oraz Grodna.⁹

Słodyczne charakteryzują się małą wartością odżywczą, a dużą zawartością cukrów, tłuszczu oraz barwników i aromatów. Z przeprowadzonych badań wynika, że studenci spożywali słodyczne kilka razy w tygodniu bez względu na płeć. Z kolei Duda¹⁰ oceniając spożycie słodczy, stwierdziła, że najlichniesza grupa, tj. 43% kobiet i 47% mężczyzn, zgłaszała zwyczajowe spożywanie cukru i słodczy z częstotliwością 1–3 razy dziennie. Szponar et al.¹⁴ zaobserwowali, że kilka razy dziennie po słodyczne sięgało około 20% kobiet i mężczyzn. Aż 54% kobiet i 43% mężczyzn konsumowało słodyczne kilka razy w tygodniu. Największy odsetek ankietowanych w badaniu Stefańskiej et al.¹⁵ stanowiły kobiety jedzące słodyczne 3–6 razy w tygodniu. W badaniach Kowalskiej¹⁸ ponad połowa ankietowanych spożywała słodyczne przynajmniej raz w tygodniu, przy czym kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni sięgały po te produkty. Podobnie jak w przypadku słodczy, spożycie ciast i ciastek wśród badanej grupy studentów było na zbyt wysokim poziomie. W badaniach własnych ciasta i ciastka były spożywane częściej niż raz w tygodniu. W spożyciu tych produktów dominowały kobiety. Zbieżne wyniki uzyskała także Kosicka-Gębska et al.²² Niedźwiecka et al.²³

dokonując analizy zwyczajów żywieniowych związanych z konsumpcją produktów bogatych w kwasy tłuszczowe trans, odnotowali, że prawie 40% respondentów spożywało takie produkty, jak: ciastka, ciasta, herbatniki, wafelki i pieczywo cukiernicze częściej niż raz w tygodniu. Porównując sposób żywienia studentów polskich i norweskich, Górnicka et al.²⁴ wykazali, że ponad 60% Polaków, w porównaniu do prawie 10% Norwegów, jadło ciasta i ciasteczka codziennie lub kilka razy w tygodniu.

Popularność słonych przekąsek wśród młodzieży akademickiej była mniejsza niż produktów słodkich. Spożywanie tego typu przekąsek ze względu na dużą zawartość soli powinno być ograniczone do minimum. W badaniach własnych studenci sięgali po słone przekąski z częstotliwością raz w tygodniu lub rzadko. Produkty te częściej były preferowane przez mężczyzn. Podobny poziom spożycia zaobserwowali inni badacze.^{18,25}

W badaniach własnych wykazano, że studenci rzadko spożywali żywność typu fast food, co znalazło odzwierciedlenie w badaniach innych autorów.^{5,14,15,25} Podobnie jak w badaniach własnych zdecydowanie częściej po ten rodzaj produktów sięgali mężczyźni. W badaniu Kowalskiej¹⁸ większość studentów również sporadycznie konsumowała fast foody, ale płeć nie stanowiła czynnika determinującego częstotliwość spożycia tych produktów. Większość studentów studiujących w województwach: opolskim, śląskim i dolnośląskim sporadycznie jadła frytki, ale wśród kobiet i mężczyzn były widoczne różnice w częstotliwości spożycia tych produktów. Mężczyźni statystycznie istotnie częściej deklarowali spożycie frytek. Bardzo podobne wyniki uzyskali Bartosiuk et al.²⁵

Analizując częstotliwość spożycia soków i nektarów owocowych, stwierdzono, że ich konsumpcja jest na średnim poziomie, tzn. do kilku razy w tygodniu bez względu na płeć. Podobne wyniki uzyskali Kolarzyki et al.⁹, którzy odnotowali średnie spożycie soków owocowych u studentek z Krakowa na poziomie 3–4 razy w tygodniu.

Za pozytywne zjawisko można uznać sytuację, że najlichniesza grupa badanych zadeklarowała rzadkie spożycie słodzonych napojów gazowanych. Mężczyźni charakteryzowali się istotnie większym spożyciem tego rodzaju napojów niż kobiety. Podobnie jak w badaniach własnych, Myszkowska-Ryciak et al.⁵ stwierdzili, że studentki ograniczały ich konsumpcję. Częstotliwość spożycia tych napojów wśród studentek z Wydziału Lekarskiego w Krakowie również była na niskim poziomie, tj. 2–3 razy w miesiącu.⁹

Prawidłowym nawykiem picia wody mineralnej (kilka razy dziennie) wykazała się większość ankietowanych studentów. Kobiety istotnie statystycznie częściej niż mężczyźni piły wodę. Wyniki badań przeprowadzonych przez Gawęckiego et al.²⁶ potwierdziły, że płeć ma istotny wpływ na zwyczaje młodzieży akademickiej dotyczące spożywania napojów. Według tych badań woda mineralna była najczęściej spożywanym napojem w ciągu dnia przez kobiety. W badaniach Drywień et al.²⁷ nad oceną wielkości

spożycia wód butelkowanych wśród młodzieży akademickiej wykazano, że prawie 40% studentek spełniało wymagane spożywanie wody na poziomie kilka razy dziennie.

Kawa naturalna była spożywana średnio raz do kilku razy w tygodniu. Kobiety piły ją zdecydowanie częściej niż mężczyźni. Zbieżne wyniki uzyskała Duda¹⁰, która także wykazała, że mężczyźni rzadziej niż kobiety sięgali po kawę. Bardzo małe spożycie kawy zaobserwowali w swoich badaniach Biezanowska-Kopec et al.¹⁷ Odmienne wyniki odnotowali Skibniewska et al.²⁸ Ponad połowa badanych studentów piła kawę często, a znikomy odsetek nie pił jej w ogóle.

Herbata cieszyła się większą popularnością wśród badanych niż kawa. Ankietowani spożywali ją prawie codziennie, częściej kobiety niż mężczyźni. Wyniki własne są zbieżne z wynikami uzyskanymi przez Kolarzyk et al.⁹ wśród badanych studentek z Krakowa oraz przez Bartosik et al.²⁵ w grupie studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Niski poziom spożycia odnotowali Seidler et al.²⁹ u studentów Akademii Rolniczej w Szczecinie.

Alkohole wysokoprocentowe były spożywane przez większość studentów rzadko lub wcale. Mężczyźni częściej niż kobiety sięgali po alkohole wysokoprocentowe. Wyniki badań własnych są podobne do wyników badań innych autorów. Alkohole wysokoprocentowe, takie jak wódka, były znacznie częściej spożywane przez mężczyzn.³⁰ Wśród kobiet spożycie alkoholu było bardzo małe lub żadne. Potwierdzają to wyniki Kolarzyk et al.⁹, a także Bartosiuk et al.²⁵ Również w przypadku alkoholi średnio- i niskoprocentowych ponad połowa ankietowanych studentów spożywała je rzadko, ale znacznie częściej byli to mężczyźni niż kobiety. W badaniu przeprowadzonym przez Kowalską¹⁸ największy odsetek studentów pił alkohole niskoprocentowe kilka razy w tygodniu. Studentki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku²⁵ zadeklarowały, że spożywają alkohole niskoprocentowe tylko 1–2 razy w miesiącu. Według doniesień Kolarzyk et al.⁹, studentki z Krakowa spożywały alkohole niskoprocentowe średnio raz w miesiącu, a studentki z Grodna częściej, bo 2–3 razy w miesiącu. Choć wśród napojów alkoholowych średnio- i niskoprocentowych to wino (przez wzgląd na jego właściwości przeciwutleniające) w umiarkowanych ilościach może być włączane do diety, jego konsumpcja wśród studentów była niewielka. Zgodnie z doniesieniami Bartosiuk et al.²⁵ aż 44% studentek spożywało je tylko 1–2 razy w miesiącu, a 40% rzadziej. Podobne wyniki uzyskali Biezanowska-Kopec et al.¹⁷

Wnioski

Częstotliwość spożycia wybranych produktów spożywczych była istotnie statystycznie zależna od płci badanych. Kobiety wykazały się większą częstotliwością spożycia ciemnego pieczywa, mleka i napojów mlecznych, serów kwasowych, ryb, masła, ciast i ciastek, warzyw surowych

i gotowanych oraz owoców, a także wody mineralnej, kawy naturalnej i herbaty. Z kolei mężczyźni częściej konsumowali pieczywo jasne, ryż, jaja, czerwone mięso, słone przekąski, produkty typu fast food, frytki, napoje gazowane oraz alkohole.

Sposób żywienia większości badanych studentów opolskich, śląskich i dolnośląskich uczelni odbiegał od zalecanego modelu racjonalnego odżywiania. Za nieprawidłowe nawyki żywieniowe wszystkich studentów uznano: zbyt małą częstotliwość spożycia pełnoziarnistego pieczywa, kasz, ryżu, mleka i jego przetworów, ryb, suchych nasion roślin strączkowych, warzyw oraz owoców. Jednocześnie w odniesieniu do mężczyzn lepszymi nawykami w zakresie częstotliwości spożycia wybranych produktów spożywczych wykazały się kobiety, które częściej sięgały po ciemnego pieczywa, mleko i napoje mleczne, sery kwasowe, warzywa surowe i gotowane oraz owoce, a także wodę mineralną.

Nawyki żywieniowe w zakresie częstotliwości spożycia wybranych produktów spożywczych wymagają zmian i wskazują na potrzebę zwiększenia świadomości badanych studentów, szczególnie płci męskiej, odnośnie do roli prawidłowego odżywiania jako ważnego elementu profilaktyki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Szczerbiński R, Karczewski J, Maksymowicz-Jaroszuk J: Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki – zachowania żywieniowe. *Bromat Chem Toksykol.* 2011;44(3):409–414.
2. Kin-Kit L, Concepcion RY, Lee H, et al.: An examination of sex differences in relation to the eating habits and nutrient intakes of university students. *J Nutr Educ Behav.* 2012;44(3):246–250.
3. Łaszek M, Nowacka E, Gawron-Skarbek A, Szatko F: Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Probl Hig Epidemiol.* 2011;92(3):461–465.
4. Deliens T, Clarys P, De Bourdeaudhuij I, Deforche B: Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health.* 2014. doi:10.1186/1471-2458-14-53.
5. Myszowska-Ryciak J, Kraśniewska A, Harton A, Gajewska D: Porównanie wybranych zachowań żywieniowych studentek Akademii Wychowania Fizycznego i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. *Probl Hig Epidemiol.* 2011;92(4):931–934.
6. Mojka K: Wybrane produkty żywności wygodnej – ocena preferencji i częstotliwości ich spożycia wśród studentów. *Probl Hig Epidemiol.* 2012;93(4):828–833.
7. Rasińska R: Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej. Praca doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2010.
8. Wyka J, Żechałko-Czajkowska A: Ocena sposobu żywienia studentów I roku Akademii Rolniczej we Wrocławiu. *Roczn PZH.* 2007;58(1):327–331.
9. Kolarzyk E, Szpakow A, Skop A: Porównanie częstości spożycia wybranych grup produktów spożywczych przez studentki z Krakowa i Grodna. *Probl Hig Epidemiol.* 2005;86(1):36–40.
10. Duda B: Sposób żywienia wśród młodzieży akademickiej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin – Polonia;* 2005;60(85):135–138.
11. Semeniuk W: Zwyczaje żywieniowe studentów z Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie stosujących diety alternatywne. *Żywn Nauk Techn Jakość.* 2009;4(65):227–235.
12. Hamułka J, Wawrzyniak A: Analiza spożycia głównych źródeł włókna pokarmowego ogółem oraz jego frakcji w wybranej grupie młodych kobiet. *Probl Hig Epidemiol.* 2011;92(4):813–815.

13. Lebedzińska A: Wybrane produkty zbożowe jako elementy funkcjonalne diety – częstość spożycia produktów zbożowych wśród studentów. *Roczn PZH*. 2007;58(1):295–300.
14. Szponar B, Krzyszycha R: Ocena sposobu odżywiania studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007–2008. *Bromat Chem Toksykol*. 2009;42(2):111–116.
15. Stefańska E, Ostrowska L, Radziejewska I, Kardasz M: Zwyczaje żywieniowe studentek UMB w zależności od sytuacji ekonomiczno-społecznej. *Roczn PZH*. 2011;62(1):59–63.
16. Flaczyk E, Górecka D, Kobus J, Szymandera-Buszka K: Porównanie częstości spożycia przetworów zbożowych wśród osób młodych i starszych. *Żyw Człow Metab*. 2007;34,1/2:766–771.
17. Bieżanowska-Kopeć R, Stańczyk A, Kopeć A, Leszczyńska T: Częstość spożycia wybranych produktów bogatych w przeciwutleniacze przez studentów wyższych uczelni województwa małopolskiego. *Bromat Chem Toksykol*. 2012;45(3):1082–1086.
18. Kowalska A: Zwyczaje żywieniowe studentów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. *Roczn PZH*. 2010;61(3):277–282.
19. Adamczyk G, Anioła P, Czubak W: Preferencje ludzi młodych na rynku mleka. *J Agribus Rural Dev*. 2009;4(14):5–12.
20. Krasnowska G, Salejda A: Czynniki wpływające na wybór mlecznych napojów fermentowanych przez studentów Wrocławia. *Żywn Nauk Techn Jakość*. 2008;3(58):33–46.
21. Mojka K, Biel W: Czynniki wpływające na wybór mlecznych napojów fermentowanych przez młodzież akademicką – doniesienie wstępne. *Hyg Publ Health*. 2012;47(3):371–377.
22. Kosicka-Gębska M, Jeznach M, Jeżewska-Zychowicz M: Spożycie słodczyca a poglądy konsumentów o ich wpływie na zdrowie i funkcjonowanie człowieka. *Bromat Chem Toksykol*. 2011;44(3):999–1004.
23. Niedźwiecka J, Kapka-Skrzypczak L, Michalak-Majewska M: Zwyczaje żywieniowe związane z konsumpcją produktów stanowiących źródło kwasów tłuszczowych trans – implikacje zdrowotne wysokiego spożycia. *Med Og Nauki Zdr*. 2013;19(3):385–388.
24. Górnicka M, Borowska U, Frąckiewicz J: Wybrane aspekty żywienia studentów polskich i norweskich. [W:] Znaczenie racjonalnego żywienia w edukacji zdrowotnej. Red.: Wolska-Adamczyk A. Warszawa: WSiIZ; 2015:137–150.
25. Bartosiuk E, Markiewicz-Żykowska R, Puścion A, Mystkowska K: Ocena spożycia żywności typu fast food oraz napojów energetyzujących i alkoholu wśród grupy studentek Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Bromat Chem Toksykol*. 2012;45(3):766–770.
26. Gawęcki J, Twardowska M, Łoboda D: Zwyczaje młodzieży akademickiej dotyczące spożywania napojów – badania wstępne. *Żywn Nauk Techn Jakość*. 2009;4(65):204–210.
27. Drywień ME, Nadolna A: Ocena spożycia wód butelkowanych jako źródła wybranych składników mineralnych wśród młodzieży akademickiej. *Roczn PZH*. 2012;63(3):347–352.
28. Skibniewska KA, Radzymińska M, Jaworska MM, Babicz-Zielińska E: Badania zwyczajów żywieniowych studentów Polskich i Belgij-skich. *Żywn Nauk Techn Jakość*. 2009;4(65):250–258.
29. Seidler T, Szczuko M: Ocena sposobu żywienia studentów Akademii Rolniczej w Szczecinie w 2006 roku. Cz. III. Spożycie kawy, herbaty, alkoholu i palenie papierosów. *Roczn PZH*. 2009;3:241–244.
30. Duda G, Przysławski J, Wróbel J, Goj M: Analiza spożycia napojów alkoholowych przez młodzież akademicką. *Żyw Człow Metab*. 2007;3:858–862.

Poziom wiedzy kobiet i mężczyzn na temat ostrego zespołu wieńcowego

The level of knowledge of men and women regarding acute coronary syndrome (ACS)

Jan M. Juzwiszyn^{1, E, F}, Iga Wiatrak^{2, A–D}, Katarzyna Golemo^{2, C, D}, Mariusz Chabowski^{1, E, F}, Dariusz Janczak^{1, E, F}

¹ Zakład Specjalności Zabiegowych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

² Studentka kierunku pielęgniarstwo II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):45–51

Adres do korespondencji

Jan Juzwiszyn
e-mail: jan.juzwiszyn@umed.wroc.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 24.11.2015 r.

Po recenzji: 2.05.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 21.10.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroby układu krążenia są jedną z głównych przyczyn zgonów zarówno w Polsce, jak i na całym świecie. Często występującym schorzeniem układu sercowo-naczyniowego jest ostry zespół wieńcowy. Podstawową przyczyną tej jednostki chorobowej jest blaszka miażdżycowa, na rozwój której wpływa wiele elementów nazywanych czynnikami ryzyka. W pracy skupiono uwagę zarówno na czynnikach modyfikowalnych, takich jak: dieta, aktywność fizyczna, palenie papierosów, alkohol (nadmierne spożywanie), jak i niemodyfikowalnych: nadciśnienie tętnicze, otyłość, hiperlipidemia.

Cel pracy. Ocena wiedzy respondentów na temat ostrego zespołu wieńcowego na podstawie czynników ryzyka oraz oceny ilościowej osób stosujących się do zasad zdrowego stylu życia.

Materiał i metody. Badaniu poddano 100 mieszkańców województwa dolnośląskiego. Podział respondentów ze względu na płeć był równy – 50% kobiet i 50% mężczyzn. Do analizy wykorzystano ankietę własnego autorstwa składającą się z 47 pytań, które obejmowały dane społeczno-demograficzne oraz zakres wiedzy na temat ostrego zespołu wieńcowego, w tym informacje dotyczące profilaktyki.

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że 52% ankietowanych cierpi na nikotynizm, aż 49% cierpi na nadwagę, 15% systematycznie podejmuje aktywność fizyczną, 14% spożywa 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie, 12% pije alkohol kilka razy w tygodniu, a systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego wykonuje tylko 2% respondentów.

Wnioski. Wyniki przeprowadzonych badań świadczą o niezadowalającym poziomie wiedzy na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Nieliczna grupa respondentów stosuje się do zasad zdrowego trybu życia, co przyczynia się do obniżenia ryzyka zachorowania na omawianą jednostkę chorobową.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka, poziom wiedzy, ostry zespół wieńcowy

DOI

10.17219/pzp/66220

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

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

Abstract

Background. Cardiovascular diseases constitute one of the leading causes of death, both in Poland and in the whole world. Acute coronary syndrome (ACS) is a frequently occurring disease caused by atherosclerotic plaque, which develops due to several risk factors. The study focus on modified risk factors, i.e. diet, physical activity, smoking, alcohol consumption as well as on non-modified ones, i.e. hypertension, obesity or hyperlipemias.

Objectives. The aim of the study is to evaluate the subjects' knowledge on acute coronary syndrome based on the risk factors, and the quantitative evaluation of the subjects living according to the rules of a healthy lifestyle.

Material and methods. One hundred inhabitants (50% men and 50% women) of Lower Silesian region were enrolled into the study. Our own questionnaire of 47 questions was used, focusing on sociodemographic data, the knowledge on acute coronary syndrome and its prophylaxis.

Results. According to the results, 52% of subjects smoke cigarettes, 49% are obese, 15% exercise regularly, 14% eat 2–4 portions of fruit and vegetables daily, 12% drink alcohol several times a week, and only 2% measure their blood pressure regularly.

Conclusions. The level of knowledge on acute coronary syndrome's prophylaxis is unsatisfactory. Only a few subjects live according to the rules of a healthy lifestyle, and reduce the risk of the cardiovascular disease.

Key words: risk factors, level of knowledge, acute coronary syndrome

Wprowadzenie

Ostry zespół wieńcowy jest chorobą układu sercowo-naczyniowego. Tę jednostkę chorobową tworzą 4 podzespoły: ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST, z uniesieniem odcinka ST, nagły zgon sercowy, a także niestabilna dusznica bolesna. Podstawową przyczyną występowania incydentu ostrego zespołu wieńcowego jest blaszka miażdżycowa, która powstaje w naczyniach wieńcowych.²

Głównym objawem ostrego zespołu wieńcowego jest ból w klatce piersiowej zlokalizowany najczęściej za mostkiem. Chory odczuwa głęboki ucisk, przeszywanie, gnieciecie, ściskanie. Może odczuwać także pieczenie. Nierzadko zdarza się, że ból jest nietypowy, może promieniować do nadbrzusza, żuchwy, szyi, ramion lub łokcia. Każdy ból opisywany przez pacjenta w taki sposób powinien nasunąć obraz ostrego zespołu wieńcowego i nie może zostać zlekceważony przez personel medyczny. W niektórych przypadkach ostry zespół wieńcowy może występować bezobjawowo bądź z bardzo słabymi objawami. Dzieje się tak między innymi u osób chorujących na cukrzycę oraz będących w podeszłym wieku (powyżej 75. r.ż.).

Choroby układu krążenia są jedną z głównych przyczyn wszystkich zgonów na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła dane z 2002 r., z których wynika, że choroby te były powodem śmierci 16,7 mln osób na świecie i 4 mln w Europie. W ujęciu procentowym są przyczyną śmierci 55% kobiet oraz 43% mężczyzn, biorąc pod uwagę wszystkie zgony.¹

Statystyki wyglądają przerażająco. Można je jednak zmienić przez stosowanie się do zasad profilaktyki. Ważne jest również to, by leczenie zostało wdrożone jak najszybciej. Znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej to ważny element profilaktyki. Niestety, tylko część osób wie, co należy robić, a czego unikać, żeby obniżyć ryzyko zachorowania. Jest to ogromny problem dla polskiego społeczeństwa wynikający z braku wiedzy lub też niechęci do zainteresowania się swoim zdrowiem.

Na podstawie wyników badań własnych oraz analizy wyników innych autorów przedstawiono, jak wiele osób

nie zna czynników ryzyka ostrego zespołu wieńcowego, a tym samym nie przestrzega zasad zdrowego trybu życia, czyli nie zapobiega powstaniu tej choroby.

Celem pracy była ocena wiedzy badanych na temat ostrego zespołu wieńcowego na podstawie znajomości głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz oceny procentowej osób stosujących się do zasad zdrowego stylu życia, który zmniejsza ryzyko wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród 100 osób mieszkających na terenie województwa dolnośląskiego. W badaniu uczestniczyło 50 kobiet i 50 mężczyzn zamieszkujących tereny wiejskie i miejskie. Osoby objęte badaniem miały ukończone 20 lat.

W badaniu wykorzystano ankietę własnego autorstwa, która zawierała dane społeczno-demograficzne, pytania z zakresu wiedzy na temat ostrego zespołu wieńcowego oraz znajomości zasad zdrowego stylu życia. Uczestnictwo w badaniach było anonimowe i dobrowolne. Kwestionariusz zawierał 47 pytań, z czego 46 było pytaniami zamkniętymi. Celem przeprowadzenia ankiety była subiektywna ocena wiedzy badanych respondentów na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Hipotezy przeanalizowano za pomocą: testu Shapiro-Wilka, testu Kruskala-Wallisa, testu *U* Manna-Whitneya i współczynnika korelacji Spearmana. W badaniach wykorzystano również arkusz kalkulacyjny programu Microsoft Excel.

Wyniki

Najbardziej licznymi grupami były osoby w wieku 40–50 i 50–60 lat, każda z tych grup stanowiła 23% badanej populacji. Najmniejszą grupę (4%) stanowiły osoby powyżej 70. roku życia. Respondenci zamieszkiwali zarówno tereny miejskie – 45%, jak i tereny wiejskie – 55%. Największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, ale



Ryc. 1. Subiektywna ocena wiedzy badanych osób na temat prowadzenia przez siebie zdrowego stylu życia

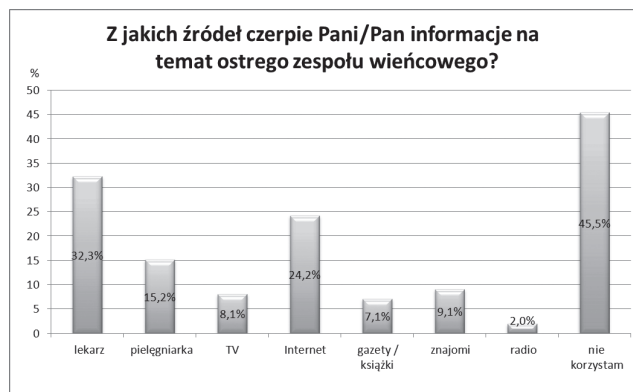
Fig. 1. The subjective opinion on its healthy life style

było ich mniej niż 50% wszystkich respondentów. Połowa ankietowanych określiła swoją sytuację materialną jako wystarczającą. Osoby udzielające odpowiedzi „zła” oraz „bardzo dobra” stanowiły 7% grupy.

Zdecydowana większość badanej populacji uważa, że prowadzi zdrowy styl życia, a 33% respondentów zdaje sobie sprawę, że nie prowadzi zdrowego stylu życia (ryc. 1).

Najliczniejszą grupę osób (45,5%) stanowili ankietowani, którzy nie korzystali z żadnych źródeł, aby pozyskać informacje na temat danej jednostki chorobowej. Okazało się, że popularne źródła informacji to lekarze oraz Internet. Tylko 15,2% ankietowanych czerpie swoją wiedzę od pielęgniarki (ryc. 2).

Według 75% respondentów najbardziej znanym objawem ostrych stanów wieńcowych jest ból w klatce piersiowej zlokalizowany za mostkiem, a 71% ankietowanych wskazało, że charakterystyczne dla bólu w klatce piersiowej jest uczucie gniecienia, pieczenia, ucisku, rozpierania. Objawy, takie jak: ból trwający co najmniej 20 minut i nieustępujący po lekach (3%), nudności i wymioty (3%), skrócony oddech (1%), nadmierna potliwość (1%) były rzadko wymieniane przez ankietowanych.



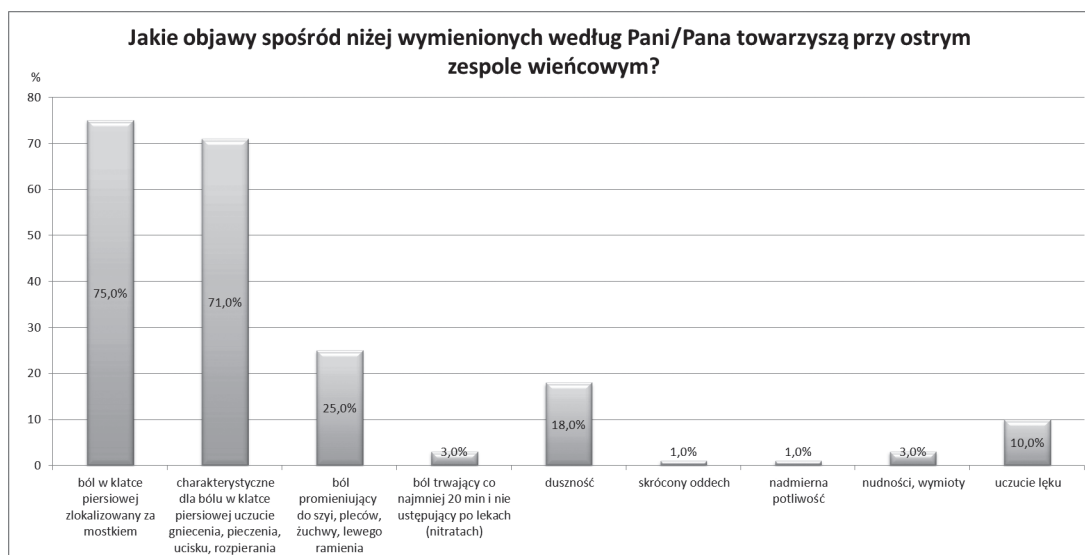
Ryc. 2. Źródła wiedzy ankietowanych na temat ostrego zespołu wieńcowego

Fig. 2. The sources of the subjects' knowledge on acute coronary disease

Najczęściej udzielanymi odpowiedziami na pytania dotyczące czynników ryzyka były: wiek – 89%, palenie tytoniu – 87% i nadciśnienie tętnicze – 79%, a najrzadziej: niski status materialny – 20%, płeć – 16% i typ pracy – 15% (ryc. 4).

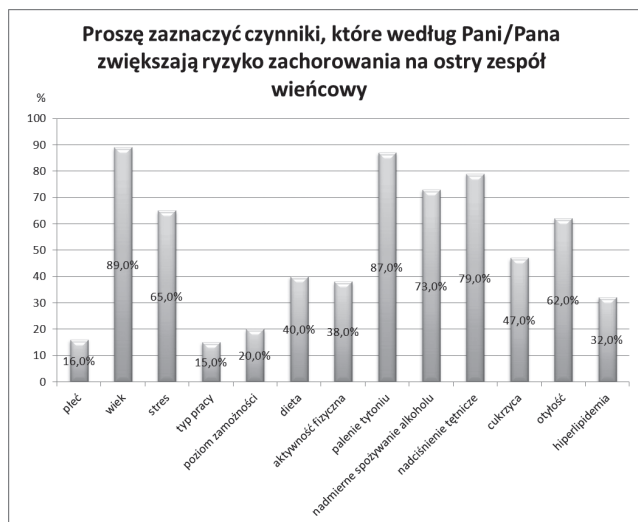
Jeśli chodzi o świadomość wpływu diety na rozwój choroby, badania wykazały, że ponad połowa ankietowanych wie o korzyściach wynikających ze spożywania ryb dla gospodarki lipidowej. Co drugi respondent konsumuje ryby rzadziej niż raz w tygodniu. Osoby, które jedzą ryby częściej niż raz w tygodniu, stanowią tylko 5% całej badanej grupy, a 6% respondentów nie jada ryb w ogóle. Co czwarty ankietowany spożywa warzywa i owoce tylko raz dziennie – jest to najliczniejsza grupa. Niestety, 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie konsumuje tylko 14% badanych osób.

Zdecydowana większość ankietowanych nie uprawia aktywności fizycznej (55%). Najmniejszą grupę (2%) stanowią osoby, które podejmują aktywność fizyczną raz w miesiącu. Dane dotyczące systematyczności wysiłku fizycznego przedstawia ryc. 5.



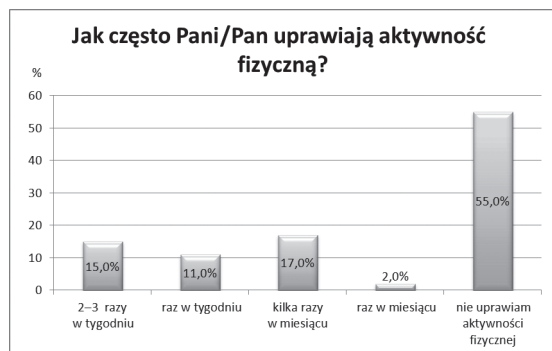
Ryc. 3. Wiedza badanych na temat objawów towarzyszących przy ostrym zespole wieńcowym

Fig. 3. Knowledge of respondents about the symptoms associated with acute coronary syndrome



Ryc. 4. Wiedza badanych z zakresu czynników zwiększających ryzyko zachorowania na ostry zespół wieńcowy

Fig. 4. Knowledge of respondents about the range of factors that increase the risk of acute coronary syndrome

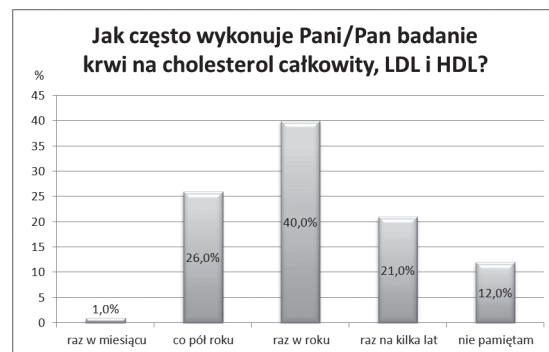


Ryc. 5. Częstość podejmowania aktywności fizycznej

Fig. 5. The frequency of physical activity

W badanej grupie były aż 52 osoby uzależnione od tytoniu. Co czwarty ankietowany spożywa alkohol okazjonalnie – jest to najliczniejsza grupa. Dwanaście procent natomiast pije alkohol kilka razy w tygodniu. Większość respondentów dokonuje samokontroli ciśnienia tętniczego krwi. Niestety, aż 40% osób tego nie robi. Nieco ponad 20% ankietowanych rozważa przy dobieraniu pokarmów, które produkty mogłyby wpłynąć na stężenie cholesterolu (LDL) i trójglicerydów, natomiast aż 78% badanych nie zwraca na to uwagi. Przekłada się to na liczbę osób systematycznie wykonujących badanie stężenia cholesterolu. Najliczniejszą grupę (40%) stanowili ankietowani, którzy wykonują badanie raz w roku. Raz w miesiącu bada się tylko 1% ankietowanych. Dwanaście procent badanych nie pamięta, jak często wykonuje badanie krwi, żeby określić stężenie cholesterolu całkowitego, LDL i HDL (ryc. 6).

Po zsumowaniu procentowych wartości BMI (19,6–24,9) zaobserwowano, że 51% ankietowanych ma prawidłową masę ciała, a na nadwagę cierpi aż 49% respondentów.

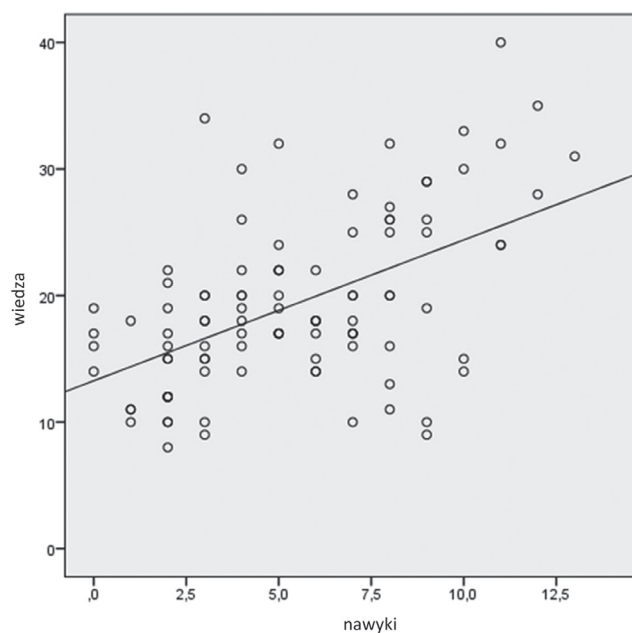


Ryc. 6. Częstotliwość wykonywania badań krwi w celu określenia cholesterolu całkowitego, LDL i HDL

Fig. 6. The frequency of the total cholesterol, LDL and HDL blood tests

Analiza danych potwierdziła związek między wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego a prowadzeniem zdrowego stylu życia. Analiza objęła 2 zmienne: wiedzę na temat profilaktyki (liczba poprawnych odpowiedzi) oraz nawyki – prowadzenie zdrowego stylu życia (liczba odpowiedzi zgodnych z zasadami zdrowego stylu życia). Obydwe zmienne mają charakter ilościowy, dlatego zastosowano współczynnik korelacji. Posłużono się tu testem Shapiro-Wilka. Uzyskany wynik wykazał, że występuje korelacja między wiedzą na temat profilaktyki a prowadzeniem zdrowego stylu życia. Świadczy o tym wartość $p < 0,05$. Korelację przedstawia ryc. 7.

Przeanalizowano również dane pod kątem zweryfikowania założenia, że mieszkańcy miast mają większą wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż mieszkańcy wsi. W tym celu posłużono się testem statystycznym. Wyniki testu Shapiro-Wilka przedstawia tabela 1.



Ryc. 7. Korelacja między wiedzą na temat profilaktyki a stylem życia

Fig. 7. The correlation between the knowledge on prophylaxis and the life style

Tabela 1. Zależność między miejscem zamieszkania a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego – test Shapiro-Wilka

Table 1. The dependence between the place of living and the knowledge on acute coronary

Test Shapiro-Wilka	
Grupa	wynik
Wieś	p = 0,006
Miasto	p = 0,029

p – istotność statystyczna.

Uzyskane wyniki pokazały, że należy posłużyć się testem nieparametrycznym. Rozkład w obu grupach jest inny od normalnego, o czym świadczy wynik $p < 0,05$. Zastosowano test *U* Manna-Whitneya – jest to nieparametryczny test opierający się na medianach, pozwalający na zweryfikowanie, czy między porównywanymi grupami występują istotne statystycznie różnice. Test ten jest stosowany do porównań między dwoma grupami. Uzyskany wynik pozwala na potwierdzenie hipotezy zerowej. Oznacza to, że można stwierdzić, czy występują istotne statystycznie różnice dotyczące wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego wśród osób mających różne miejsce zamieszkania. Aby ustalić, jaki charakter ma zależność, należy przeanalizować szczegółowe dane.

Wiedza o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego osób mieszkających na wsi mieściła się w przedziale 9–34, a wśród osób mieszkających w mieście – 8–40. Przedziały te w dużym stopniu się więc pokrywały. Wyniki osób mieszkających w mieście były jednak większe w przypadku pytań o wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż wyniki osób mieszkających na wsi. W pierwszej grupie mediana wynosiła 20, a w drugiej – 17. Oznacza to, że osoby mieszkające w mieście charakteryzowały się większą wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego niż osoby mieszkające na wsi (tab. 2).

Zebrane dane analizowano pod kątem występowania korelacji między prawidłową masą ciała a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Analizie poddano 2 zmienne: BMI oraz wiedzę o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego. Otrzymane wyniki testów przedstawiono w tabeli 3.

Uzyskany wynik oznacza, że między badanymi zmiennymi, tj. między współczynnikiem BMI a wiedzą o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego występuje korelacja. Świadczy o tym wartość $p < 0,05$. Korelacja między

Tabela 2. Zależność między miejscem zamieszkania a wiedzą na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego – test *U* Manna-Whitneya

Table 2. The dependence between the place of living and the knowledge on acute coronary disease's prophylaxis – test *U* Manna-Whitneya

Statystyki opisowe	Wieś	Miasto
Minimum	9	8
Maksimum	34	40
Mediana	17	20

Tabela 3. Korelacja BMI oraz wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego

Table 3. The correlation between BMI and knowledge of acute coronary syndrome's prophylaxis

Współczynnik korelacji Spearmana	
Zmienne	wynik
BMI (Body Mass Index)	p = 0,007
Wiedza o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego	rho = -0,270

współczynnikiem BMI a wiedzą o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego jest ujemna, co oznacza, że wzrostowi współczynnika BMI towarzyszy zmniejszenie wiedzy o profilaktyce ostrego zespołu wieńcowego. O charakterze korelacji świadczy ujemny wynik współczynnika rho. Korelacja jest słaba, o czym informuje wartość współczynnika rho.

W następnej kolejności sprawdzono, czy występuje korelacja między wiekiem a poziomem wiedzy na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego. Analizie również poddano 2 zmienne: wiek (zmienna grupująca) oraz wiedzę (liczba poprawnych odpowiedzi). W celu ustalenia możliwego do zastosowania w tym przypadku testu sprawdzono normalność rozkładu zmiennej zależnej (wynik testu) w grupach wyodrębnionych ze względu na zmienną niezależną (wyształcenie). Uzyskany wynik nie wykazał jednoznacznie korelacji. Można zatem stwierdzić, że nie występują istotne statystycznie różnice dotyczące wiedzy wśród osób w różnym wieku.

W ostatniej części przeanalizowano, czy osoby stosujące się do zasad zdrowego stylu życia rzadziej mają problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała niż osoby, które się do nich nie stosują. Ponownie poddano analizie 2 zmienne: nawyki – prowadzenie zdrowego stylu życia (liczba punktów) oraz BMI. W celu ustalenia możliwego do zastosowania w tym przypadku współczynnika sprawdzono normalność rozkładu badanych zmiennych. Posłużono się tu testem Shapiro-Wilka. Wynik testów pokazał, że konieczne jest posłużenie się współczynnikiem korelacji Spearmana. Decyduje o tym wynik p – rozkład jednej zmiennej jest inny od normalnego. Uzyskany wynik oznacza, że nie występuje korelacja między stylem życia a współczynnikiem BMI. Nie można odrzucić hipotezy zerowej. Należy więc odrzucić przyjęte założenie, że osoby stosujące się do zasad zdrowego stylu życia rzadziej mają problemy z utrzymaniem prawidłowej masy ciała niż osoby, które się do nich nie stosują. Nie zostało to potwierdzone w badaniach. Świadczy o tym wartość $p > 0,05$.

Omówienie

W chorobach sercowo-naczyniowych można wyodrębnić jedynie czynniki, które zwiększają ryzyko incydentu choroby, ale warto podkreślić, że brak występowania tych czyn-

ników nie gwarantuje niezachorowania. W epidemiologii chorób układu krążenia stosuje się zatem pojęcie czynnika ryzyka, a nie czynnika przyczynowego. Pierwszy raz pojęcie czynnika ryzyka zostało użyte przez Williama Kannela.³

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych oraz wyników innych autorów przedstawiono poziom wiedzy badanych na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Jak pokazują wyniki badań, osoby mające większą wiedzę na temat profilaktyki ostrego zespołu wieńcowego częściej prowadzą zdrowy styl życia niż ci, których wiedza z tego zakresu jest niewielka. Uświadamianie społeczeństwa na temat czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych powinno mieć priorytetowe znaczenie w udzielaniu świadczeń lekarskich, gdyż mogłoby zapobiec niejednemu zachorowaniu na ostry zespół wieńcowy. Dodatkowe korzyści płynące z rozpowszechniania zasad profilaktyki, oprócz korzyści zdrowotnych, to obniżenie kosztów leczenia przyszłych potencjalnych pacjentów. Niestety, jak wykazały badania przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy, aż 45,5% osób nie miało do czynienia z żadnymi źródłami, z których mogłyby zdobyć lub poszerzyć informacje na temat ostrego zespołu wieńcowego. Zaledwie 32,3% osób badanej populacji odpowiedziało, że pozyskuje wiedzę od lekarza, 24,2% – z Internetu, a tylko 15,2% od pielęgniarek. Wykwalifikowany personel medyczny powinien skupiać więcej uwagi na promocji zdrowia i szerzeniu wiedzy na temat zasad zdrowego stylu życia.

Z badań przeprowadzonych przez Życińską et al., które dotyczyły źródeł wiedzy pacjenta na temat swojej choroby, wynika, że w badanej populacji, która liczyła 517 osób, tylko 199 (co stanowiło 38,49%) zdobywa informacje w czasie wizyty u lekarza.⁴ Wyniki otrzymane przez K. Życińską są zbliżone do wyników uzyskanych w niniejszych badaniach. Świadczy to o małym zaangażowaniu personelu medycznego w edukację zdrowotną.

Porównując wyniki dotyczące czynników ryzyka społeczeństwa zamieszkującego województwo dolnośląskie zestawione w niniejszej pracy z wynikami populacji powiatu ostrowieckiego z badań wykonanych przez M. Cichońską et al., można wywnioskować, jak znaczna grupa osób nie zdaje sobie sprawy z istotności przestrzegania zasad profilaktyki.

W badaniach M. Cichońskiej et al. wzięło udział 100 ankietowanych, z czego 39% paliło papierosy, a w populacji dolnośląskiej – aż 52%. Palenie tytoniu ma znaczący wpływ na wystąpienie chorób układu sercowo-naczyniowego. Wypalenie do 25 papierosów dziennie 2-krotnie zwiększa ryzyko zachorowania, a powyżej 25 sztuk – aż 3-krotnie. Zaprzestanie palenia tytoniu jest bardzo ważne, ponieważ badania dowodzą, że po roku od rzucenia nałogu u chorych znacząco zmniejsza się liczba nagłych incydentów sercowych, po 3–5 latach natomiast ryzyko jest niemal identyczne, jak u osób nigdy niepalących.

Ważnym czynnikiem ryzyka jest również masa ciała. Jest to kolejny istotny problem społeczeństwa. W populacji po-

wiatu ostrowieckiego 32% ankietowanych cierpi na nadwagę bądź otyłość, a w województwie dolnośląskim wartości BMI badanych osób wskazywały na nadwagę 49%.⁵

Największy odsetek (72%) osób mających nadmierną masę ciała odnotowano w badaniach przeprowadzonych przez Ł. Czyżewskiego. W badaniu tym wzięło udział 192 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Siedlcach.⁶

W badaniach przeprowadzonych przez Z. Babińską skupiono natomiast uwagę na nadmiernej masie ciała u osób mieszkających we wsi Kiełpino. Wzięło w nich udział 385 osób – 247 kobiet i 138 mężczyzn. Niestety, otrzymane wyniki badań również były niekorzystne, ponieważ nadwagę stwierdzono u 36,6%, otyłość u 32,2% a otyłość patologiczną u 2,8% respondentów.

Przedstawione wyniki dotyczące nadmiernej masy ciała są niepokojące. Pozwalają domniemywać, jak wielkim problemem w społeczeństwie jest ten czynnik ryzyka. Nadwaga i otyłość zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia nadciśnienia tętniczego 3–4-krotnie. Prowadzą również do wielu innych chorób układu krążenia, w tym ostrego zespołu wieńcowego.⁷

W badaniach Chrzan i Kulpy wzięło udział 100 pacjentów leczonych na oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej dawnego Okręgowego Szpitala Kolejowego we Wrocławiu. Badania te dowiodły, że ważnym problemem społeczeństwa jest niewłaściwa dieta. Do złego odżywiania przyznało się 74% ankietowanych.⁸ Wyniki w dużej części pokrywają się z badaniami przeprowadzonymi na potrzeby niniejszej pracy. Tylko 35% ankietowanych spożywa białe mięso częściej niż raz w tygodniu, 5% konsumuje ryby częściej niż raz na tydzień, a raz w tygodniu – 37%. Tylko 14% respondentów spożywa 2–4 porcje warzyw i owoców dziennie, a raz dziennie – 41%. Wyniki te świadczą o złym sposobie odżywiania, co znacząco wpływa na stan zdrowia i rozwój chorób sercowo-naczyniowych.

Podsumowując, postawa wobec prowadzenia zdrowego stylu życia, zapobieganie czynnikom ryzyka przez osoby badane w niniejszej pracy zamieszkujące województwo dolnośląskie nie jest zadowolająca. Wskazują na to również wyniki innych badań wykonanych do danej pracy. Pomiarów ciśnienia tętniczego nie wykonuje aż 40% respondentów, znaczna grupa – 54% – robi to sporadycznie lub kiedy gorzej się poczuje, a tylko 2% robi to codziennie. Istotnym elementem jest także aktywność fizyczna. Ponad połowa (55%) ankietowanych nie podejmuje aktywności fizycznej, a tylko 15% robi to systematycznie 2–3 razy w tygodniu.

Wnioski

Wiedza na temat ostrego zespołu wieńcowego jest niezadowolająca.

Działania profilaktyczne nie przynoszą oczekiwanych skutków, co potwierdzają powyższe badania.

Mały odsetek osób starszych stosuje zasady zdrowego stylu życia.

Ważnym elementem profilaktyki jest edukacja na temat ostrego zespołu wieńcowego.

Na stosowanie zasad profilaktyki nie wpływa miejsce zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Kaszuba D, Nowicka A: Pielęgniarstwo kardiologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011:18,113–115.
2. Łukaszewicz R, Bednarz B, Opolski G: Postępowanie w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST. Warszawa: Kardiologia Polska; 2003:6–7.
3. Podolec P: Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom I. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2007:86–86,263–264,255–261.
4. Życińska K, Krupa R, et al.: Źródła wiedzy pacjenta na temat swojej choroby. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2006;8(3):816–821.
5. Cichońska M, Lorek M, et al.: Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji powiatu ostrowieckiego. Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, 349–361.
6. Czyżewski Ł: Nadwaga i otyłość jako czynnik ryzyka wystąpienia nadciśnienia tętniczego. *Probl Pielęg*. 2008;16(1,2):128–135.
7. Babińska Z, Trzeciak B, et al.: Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości w populacji wiejskiej – Program „Kiełpino”. *Fam Med Prim Care Rev*. 2006;8(3):569–571.
8. Chrzan R, Kulpa T: Ocena wpływu stylu życia i stanu zdrowia na rozwój chorób serca i naczyń, 384–388.

Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią

Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life in patients with colorectal cancer treated with chemotherapy

Ilona Kapela^{1, B-D}, Ewelina Bąk^{2, A, E}, Sylwia A. Krzezińska^{3, E-F}, Agnieszka Foltyn^{2, B-C}

¹ II Oddział Onkologiczny, Beskidzkie Centrum Onkologii w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała

² Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Bielsko-Biała

³ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):53–61

Adres do korespondencji

Ewelina Bąk

e-mail: ewelina.bak76@wp.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 5.07.2016 r.

Po recenzji: 25.07.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Nowotwory jelita grubego należą do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. Jakość życia chorych leczonych metodą chemioterapii pogarsza się, zwłaszcza ze względu na cierpienie, smutek, brak życiowej energii, lęk przed leczeniem, problemy finansowe i dolegliwości fizyczne.

Cel pracy. Ocena poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia wśród pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową w obrębie jelita grubego, leczonych metodą chemioterapii.

Materiał i metody. Badaniem objęto 92 pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych. Narzędziami badawczymi były 3 standaryzowane kwestionariusze: Skali Akceptacji Choroby (AIS), Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) i Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) oraz ankieta demograficzna własnego autorstwa.

Wyniki. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie chorych osiąga wartości nieco większe od przeciętnych (63,7%), co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia według skali SWLS również osiąga wartości nieco większe (55,8%) od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z przewagą strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania (88,4%). Styl destrukcyjny osiągnął małe wartości. Wiek badanych osób wpływa na: poziom satysfakcji z życia (SWLS) – $p < 0,03$, pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC) – $p < 0,02$, styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,02$. Zaobserwowano, że zależność wpływu wieku i wykształcenia badanych oraz odczuwania i nasilenia bólu na akceptację choroby jest istotna statystycznie. Im większa akceptacja choroby, tym większa satysfakcja z życia.

Wnioski. Poziom akceptacji choroby oraz odczuwana satysfakcja z życia w grupie badanej osiągają wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, chemioterapia, satysfakcja z życia

DOI

10.17219/pzp/64689

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Colorectal cancer is one of the most common cancers in the world. The quality of life in patients treated with chemotherapy deteriorates, especially because of suffering, sadness, lack of energy, fear of treatment, financial problems and physical ailments.

Objectives. Evaluation of the level of acceptance of the disease and of satisfaction with life among patients diagnosed with colorectal cancer, treated with chemotherapy.

Material and methods. The study included 92 patients suffering from colorectal cancer treated with chemotherapy in a hospital environment. The following standardized questionnaires constituted the research tools: the Acceptance of Illness Scale (AIS), the Satisfaction With Life Scale (SWLS) and the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC).

Results. The level of acceptance of the disease in the studied group of patients reaches values slightly higher than the average (63.7%), which indicates fairly good adaptation to cancer. Satisfaction with life, according to the SWLS, reaches values which are slightly higher (55.8%) than average. Among the ways of dealing with cancer in the Mini-MAC scale, the clearly dominant one is a constructive style with a high-intensity of a fighting spirit strategy and positive reevaluation (88.4%). Destructive style reached low values among the respondents. The age of respondents influences: the level of satisfaction with life (SWLS), $p < 0.03$, positive reevaluation (Mini-MAC), $p < 0.02$, and constructive style (Mini-MAC), $p < 0.02$. The factors affecting the acceptance of the disease with statistical significance are the age and education of the respondents, feeling pain and the intensity of pain. The greater the acceptance of the disease, the greater the patient's life satisfaction.

Conclusions. The level of the acceptance of the disease and perceived satisfaction with life in the research group reaches values slightly higher than average, which indicates fairly good adaptation to cancer.

Key words: chemotherapy, acceptance of illness, satisfaction with life

Wprowadzenie

Nowotwory zajmują czołowe miejsca na liście chorób cywilizacyjnych oraz przyczyn zgonów. W różnym zakresie pogarszają jakość życia chorego. Proces nowotworowy, zwłaszcza w zaawansowanym stadium, wiąże się z bólem i cierpieniem, zarówno fizycznym, jak i psychicznym, co niekorzystnie wpływa na jakość życia w różnych jej wymiarach. Choroba nowotworowa dotyka każdej płaszczyzny życia pacjenta, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i w dużej mierze psychicznym, emocjonalnym. Powoduje zmianę w wyglądzie zewnętrznym, niejednokrotnie deformację, okaleczenie lub utratę całego narządu. Wpływa to na obniżenie aktywności fizycznej pacjenta, utratę poczucia atrakcyjności, co w rezultacie sprowadza się do obniżenia samooceny chorego.^{1,2}

Obserwując rozwój nowotworów na świecie w ostatnich 5 dekadach, dowiedziono, że istnieją podstawy do zaliczenia tego jakże niekorzystnego zjawiska społecznego do epidemii cywilizacji wysokorozwiniętych.³ Nowotwory jelita grubego (r.j.g.) należą do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych na świecie. Co roku rozpoznaje się prawie milion nowych zachorowań i około pół miliona zgonów z powodu r.j.g. Choroba występuje najczęściej w krajach rozwiniętych, najrzadziej natomiast w Afryce, z wyłączeniem Afryki Południowej. W całej Unii Europejskiej w 2004 r. odnotowano 297,2 tys. nowych zachorowań na raka jelita grubego oraz 139,4 tys. zgonów spowodowanych tą chorobą. Liczba zachorowań drastycznie się zwiększyła z 376 tys. w 2004 r. do 463 tys. w 2008 r. przy niewielkim wzroście umieralności z 204 tys. do 212 tys. W Polsce r.j.g. jest jednym z najczęściej wy-

krywanych nowotworów złośliwych. W 2007 r. w naszym kraju odnotowano 14 244 zachorowania, co daje mu trzecie miejsce wśród najczęstszych nowotworów złośliwych, zaraz po raku płuca i piersi, odpowiadając za 11,1% nowych zachorowań.⁴ Niepokojące jest, że wskaźniki 5-letniego przeżycia w Polsce są znacznie niższe niż w Europie Zachodniej (55%) i wynoszą tylko około 20%.¹ Całkowita wyleczalność nowotworów jelita grubego w naszym kraju to jedynie 30–35%. Dla porównania, w Europie Zachodniej osiąga wartości sięgające około 65%.⁵ Te niekorzystne dane wynikają głównie z tego, że większość pacjentów zgłasza się do lekarza dopiero w zaawansowanej fazie choroby. Tylko 30% przypadków nowotworów jelita grubego jest rozpoznawane w stadium początkowym, a aż 70% w fazie zaawansowanej. W naszym kraju niewiele osób poddaje się jakimkolwiek badaniom profilaktycznym. Konieczne jest zatem zwiększenie ogólnej świadomości społeczeństwa z zakresu profilaktyki nowotworów, szczególnie wśród osób z grupy wysokiego ryzyka. Wzrastająca zachorowalność na r.j.g. wymaga prężnego rozwoju innowacyjnych metod, technik diagnostycznych oraz poszukiwania skutecznych środków chemoprewencyjnych i leczniczych, które dadzą zadowalające wyniki leczenia nowotworu.⁵

Rak jelita grubego jest powszechnie uważany za chorobę ludzi w podeszłym wieku, gdzie szczyt zachorowalności przypada na 7–8 dekadę życia. W 99% przypadków choroba dotyka osób po 55. roku życia, a średni wiek zachorowania wynosi 71 lat. Coraz częściej pojawiają się jednak informacje dotyczące zwiększenia liczby zachorowań u osób poniżej 40. roku życia. Dane pokazują, że częstość zachorowań w grupie osób mających 20–40 lat wzrosła aż o 17% w latach 1973–1999. Warto dodać, że

rak jelita grubego u osób młodych jest bardziej agresywny, a osiągnięte wyniki leczenia są gorsze niż u pacjentów w wieku podeszłym.⁶

Rozpoznany rak jelita grubego wiąże się z podjęciem przez chorego ogromnej walki, którą musi stoczyć, aby pokonać chorobę. Podstawą leczenia jest chirurgia, a zabieg terapeutyczny jest związany w większości przypadków z wyłonieniem stomii, co oznacza poważne okaleczenie pacjenta. Dalsze leczenie to równie uciążliwa chemioterapia lub/i radioterapia. Wszystkie te czynniki zmieniają życie pacjenta we wszystkich możliwych sferach, pogarszają jego jakość i odczuwaną satysfakcję. Wsparcie dla chorych powinno być zatem wszechobecne, płynąć nie tylko ze strony rodziny i personelu, ale również instytucji, które stale nie są w wystarczającym stopniu dostępne dla pacjentów.

Jakość życia chorych leczonych metodą chemioterapii pogarsza się, zwłaszcza ze względu na cierpienie, smutek, niepokój, brak energii życiowej, lęk przed leczeniem, problemy finansowe, a także towarzyszące dolegliwości fizyczne. Pacjenci zmagają się z problemami emocjonalnymi, społecznymi, osobistymi, i bardzo często są zmuszeni zaakceptować zmiany w wyglądzie swojego ciała związane z okaleczeniem lub utratą całego narządu. Mimo wszystkich trudności najwspanialsze jest to, że przy dużym wsparciu ze strony rodziny i personelu pacjenci chorzy na nowotwory radzą sobie z chorobą i dzielnie stawiają jej czoła, z nadzieją patrząc w przyszłość. Choroba nowotworowa wywiera wszechstronny wpływ na życie dotkniętych nią osób, szczególnie w okresie leczenia metodą chemioterapii.

Celem pracy była ocena poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia wśród pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową w obrębie jelita grubego, leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych, z uwzględnieniem strategii, które przyjmują w procesie radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami.

Hipotezy badawcze:

1. Akceptacja choroby w grupie osób chorych na raka jelita grubego jest przeciętna.
2. Akceptacja choroby podnosi poziom satysfakcji z życia.
3. Na poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia wpływają wiek oraz wykształcenie.
4. Na poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia wpływają dolegliwości bólowe oraz zmęczenie i nudności.
5. Występują zależności między poziomem akceptacji, satysfakcją z życia a stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w miesiącach kwietniu i maju 2015 r. na oddziale onkologicznym Beskidzkiego Centrum Onkologii Szpitala Miejskiego w Bielsku-Białej, po uzyskaniu zgody dyrektora placówki. Ankietowani przed rozpoczęciem badania byli poinformowani o celu pracy, anonimowo i dobrowolnym uczestnictwie.

Badaniami objęto 92 pacjentów leczonych metodą chemioterapii z powodu raka jelita grubego. W badanej grupie dominowały osoby w wieku 60–69 lat (44,6%). Najmniej liczną grupą byli pacjenci w wieku do 39 lat (1,1%). Respondenci najczęściej zamieszkiwali tereny miejskie (55,4%). Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie zawodowe (44,6%). Badane osoby najczęściej żyły w związkach małżeńskich (73,9%). Głównym źródłem utrzymania respondentów była emerytura (48,9%) oraz renta (33,7%). Dla ponad połowy ankietowanych obecna sytuacja finansowa była dobra (56,5%). Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawia tabela 1.

Narzędziami badawczymi były:

- ankieta demograficzna własnego autorstwa dotycząca zmiennych socjodemograficznych pacjentów, objawów fizycznych, sytuacji zawodowej i finansowej oraz długości leczenia;
- skala AIS (Acceptance of Illness Scale – Skala Akceptacji Choroby) zawierająca 8 stwierdzeń opisujących skutki złego stanu zdrowia, oceniająca stopień przystosowania do choroby;

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanej grupy

Table 1. The general characteristics of the studied group

Charakterystyka demograficzna respondentów	%
Płeć	
mężczyzna	57,6
kobieta	42,4
Wiek (w latach)	
do 39	1,1
40–49	9,8
50–59	29,3
60–69	44,6
70–80	15,2
Miejsce zamieszkania	
wieś	44,6
miasto	55,4
Wykształcenie	
podstawowe	2,2
zawodowe	44,6
średnie	39,1
wyższe	14,1
Stan cywilny	
panna/kawaler	5,4
mężatka/zonaty	73,9
wdowa/wdowiec	17,4
rozwidziona/rozwidziony	3,3
Aktywność zawodowa	
bezrobocie	1,1
praca etatowa	10,9
renta	33,7
emerytura	48,9
zasilek rehabilitacyjny	5,4
Sytuacja finansowa	
bardzo dobra	3,3
dobra	56,5
niezadowolająca	38,0
bardzo zła	2,2

- skala Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale – Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej), w której jest 29 stwierdzeń obejmujących 5 części, tj. po 8 pytań dla strategii bezradność/beznadziejność i strategii zaabsorbowanie lękowe, 5 stwierdzeń dla skali unikania poznawczego oraz po 4 stwierdzenia dla 2 ostatnich strategii, czyli ducha walki i fatalizmu;
- skala SWLS (Satisfaction With Life Scale – Skala Satisfakcji z Życia) składająca się tylko z 5 stwierdzeń oce-

nianych w skali 7-stopniowej; ocenia satysfakcję z życia wyrażającą się w poczuciu zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków.⁵

Na zastosowanie kwestionariuszy uzyskano zgodę Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie.

Oceny bólu dokonano na podstawie skali numerycznej (Numerical Rating Scale – NRS) zawierającej 11 stopni nasilenia bólu: od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 najgorszy wyobraźalny ból. Ponieważ żadna z badanych osób nie określiła subiektywnego odczucia bólu na więcej niż 8, nie ujęto tych wartości w tabeli 2.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano testy statystyczne w postaci testu Kruskala-Wallisa, testu dla współczynnika korelacji rang Spearmana oraz testu sumy rang Manna-Whitneya. Obliczeń dokonano z użyciem programu STATISTICA 10.

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy

Table 2. The clinical characteristics of the studied group

Charakterystyka kliniczna respondentów	%
Palenie papierosów	
tak	17,4
nie	82,6
Źródło informacji o chorobie	
wizyta u lekarza z własnej inicjatywy	83,7
następstwo badań profilaktycznych	16,3
Objawy choroby nowotworowej	
zmęczenie	51,1
nudności	20,7
ból	20,7
brak apetytu	16,3
biegunki	15,2
zaparcia	12,0
zaburzenia snu	7,6
duszność	6,5
Ocena codziennych dolegliwości bólowych w skali NRS	
0	25,0
1	17,4
2	14,1
3	13,0
4	9,8
5	10,9
6	4,3
7	1,2
8	4,3
Długość leczenia choroby nowotworowej	
mniej niż rok	26,1
1–4 lata	54,3
4–7 lat	16,3
7–10 lat	3,3

Wyniki

Na podstawie wyników otrzymanych z badań z użyciem skali AIS można stwierdzić, że poziom akceptacji choroby w badanej grupie chorych na raka jelita grubego osiąga wartości nieco większe od przeciętnych (63,7%), co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia według skali SWLS odczuwana przez chorych również osiąga wartości nieco większe (55,8%) od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z przewagą strategii ducha walki (80,4%) i pozytywnego przewartościowania (74%). Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietowanych małe wartości z niskim natężeniem strategii bezradność/beznadziejność i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Analizując wyniki badań z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana, można stwierdzić, że wiek badanych osób wpływa na: poziom satysfakcji z życia (SWLS) – $p < 0,04$, pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC) – $p < 0,02$, styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,02$.

Tabela 3. Akceptacja choroby, satysfakcja z życia i style radzenia sobie z nowotworem wśród pacjentów chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii

Table 3. Acceptance of the disease, satisfaction with life and styles of dealing with cancer among patients with colorectal cancer treated with chemotherapy

Skala	Zakres wyników dla skali	Średnia	Położone na skali
Akceptacja choroby (AIS)	8–40	28,4	63,7%
Satysfakcja z życia (SWLS)	5–35	21,7	55,8%
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	7–28	16,1	43,5%
Duch walki (Mini-MAC)	7–28	23,9	80,4%
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	7–28	12,3	25,5%
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	7–28	22,5	74,0%
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	14–56	28,5	34,5%
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	14–56	46,4	77,2%

Otrzymane korelacje są dodatnie, co pozwala stwierdzić, że im starsze osoby, tym wyższy jest poziom na skali satysfakcji z życia (SWLS) oraz większe wyniki zarówno na skali pozytywnego przewartościowania (Mini-MAC), jak i dla stylu konstruktywnego (Mini-MAC) – tabela 4.

Z przeprowadzonych analiz z wykorzystaniem testu Kruskala-Wallisa wynika, że wykształcenie istotnie statystycznie wpływa na: akceptację choroby (AIS) – $p < 0,01$, zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,00$, bezradność/beznadziejność (Mini-MAC) – $p < 0,00$ oraz styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,00$ (tab. 5).

Dla 3 najczęściej występujących wśród respondentów objawów choroby nowotworowej (zmęczenie, nudności oraz ból) przeprowadzono analizę wpływu objawów na poziom akceptacji choroby, satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą.

Analizując ból, otrzymano następujące wyniki: poziom ocenianych dolegliwości bólowych istotnie statystycznie wpływa na: satysfakcję z życia (SWLS) – $p < 0,04$, zaabsorbowania lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,04$, ducha walki (Mini-MAC) – $p < 0,04$ oraz styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,04$. Dodatkowo korelacje pozwalają twierdzić, że im wyższy poziom dolegliwości bólowych, tym wyższy jest poziom na skali zaabsorbowania lękowego (Mini-MAC), wyższy poziom na skali ducha walki (Mini-MAC) oraz

wyższy poziom na skali stylu destrukcyjnego (Mini-MAC). Ujemne korelacje natomiast świadczą o tym, że im wyższy poziom dolegliwości bólowych, tym niższy jest poziom na skali satysfakcji z życia (SWLS) – tabela 6.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizy statystycznej z użyciem testu *U* Manna-Whitneya nie zaobserwowano wpływu występowania zmęczenia, nudności, miejsca zamieszkania, płci, stanu cywilnego, aktywności zawodowej oraz czasu trwania choroby na poziom akceptacji choroby, satysfakcji z życia oraz styl zmagania się z chorobą nowotworową.

Akceptacja choroby ma związek z satysfakcją z życia oraz stylem zmagania się z chorobą. Na podstawie wyników otrzymanych z badań z użyciem testu korelacji rang Spearmana można twierdzić, że akceptacja choroby wpływa na: zaabsorbowania lękowe (Mini-MAC) – $p < 0,00$, ducha walki (Mini-MAC) – $p < 0,00$, bezradność/beznadziejność (Mini-MAC) – $p < 0,00$, styl destrukcyjny (Mini-MAC) – $p < 0,01$ oraz styl konstruktywny (Mini-MAC) – $p < 0,01$ (tab. 7).

Analizując korelacje dodatnie, można zauważyć, że im wyższy poziom akceptacji choroby (AIS), tym wyższy jest poziom na skali ducha walki (Mini-MAC) oraz wyższy poziom na skali stylu konstruktywnego (Mini-MAC). Korelacje ujemne pozwalają natomiast twierdzić, że im

Tabela 4. Współczynniki korelacji między wiekiem a akceptacją choroby, satysfakcją z życia oraz stylami zmagania się z rakiem

Table 4. Correlation coefficients between age and the acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with cancer

Wiek	n	R Spearman	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	–0,01	0,47
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	0,19	0,04
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	0,00	0,48
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,12	0,13
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	0,07	0,23
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,20	0,02
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	0,06	0,29
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,21	0,02

Tabela 5. Współczynniki korelacji między wykształceniem a poziomem akceptacji choroby, satysfakcją z życia oraz stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową

Table 5. Correlation coefficients between education and the level of acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with cancer

Wykształcenie	n	Średnia rang (podstawowe)	Średnia rang (zawodowe)	Średnia rang (średnie)	Średnia rang (wyższe)	χ^2 Kruskal-Wallis	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	10,3	50,8	38,7	60,2	11,3	0,01
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	21,0	43,3	47,7	57,2	4,6	0,21
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	52,0	55,6	44,0	23,9	14,6	0,00
Duch walki (Mini-MAC)	92	34,5	44,5	45,8	56,4	2,5	0,48
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	73,0	55,4	42,6	25,3	15,7	0,00
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	67,5	45,2	47,2	45,6	1,4	0,70
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	66,0	56,4	42,9	22,3	18,0	0,00

Tabela 6. Wpływ natężenia bólu na poziom akceptacji choroby, satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą

Table 6. The impact of the intensity of pain on the level of acceptance of the disease, satisfaction with life and the styles of dealing with the disease

Natężenie dolegliwości bólowych	n	R Spearman	p
Akceptacja choroby (AIS)	92	-0,11	0,16
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	-0,19	0,04
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	0,18	0,04
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,19	0,04
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	0,16	0,06
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,10	0,18
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	0,18	0,04
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,17	0,05

Tabela 7. Współczynniki korelacji między akceptacją choroby a satysfakcją z życia i stylami radzenia sobie z chorobą

Table 7. Correlation coefficients between the acceptance of the disease and satisfaction with life and styles of dealing with the disease

Akceptacja choroby (AIS)	n	R Spearman	p
Satysfakcja z życia (SWLS)	92	0,04	0,35
Zaabsorbowanie lękowe (Mini-MAC)	92	-0,26	0,00
Duch walki (Mini-MAC)	92	0,31	0,00
Bezradność/beznadziejność (Mini-MAC)	92	-0,26	0,01
Pozytywne przewartościowanie (Mini-MAC)	92	0,05	0,33
Styl destrukcyjny (Mini-MAC)	92	-0,26	0,01
Styl konstruktywny (Mini-MAC)	92	0,24	0,01

wyższy poziom akceptacji choroby (AIS), tym niższy jest poziom na skali zaabsorbowania lękowego (Mini-MAC), niższy poziom na skali bezradności/beznadziejności (Mini-MAC) oraz niższy poziom na skali stylu destrukcyjnego (Mini-MAC) – tabela 7.

Omówienie

Na poziom postrzegania jakości życia mają wpływ między innymi satysfakcja z życia, akceptacja choroby oraz przystosowanie psychiczne do odczuwanych dolegliwości. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy dowodzą, że jakość życia chorych na raka jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych w odniesieniu do 3 powyższych jej aspektów pogarsza się. Związane jest to zarówno z samym procesem nowotworowym, jak i stosowanym leczeniem. Stopień postrzegania jakości życia, jak pokazały wyniki niniejszej pracy, zależy od wielu czynników, takich jak: wiek, wykształcenie oraz obecność i natężenie dolegliwości bólowych.

Jak dowodzą liczne badania, parametry jakości życia pogarszają się już z powodu postawienia rozpoznania choroby nowotworowej. Informacja o raku wywołuje u pacjenta szok, przerażenie, niepokój, lęk oraz silne poczucie bezsilności.

Modlińska et al.⁹ pokazują, że lękowa reakcja na nowotwór istotnie wpływa na jakość życia chorych poniżej 65. roku życia będących w terminalnym okresie choroby, a wiadome jest, że u starszych pacjentów największe znaczenie odgrywają problemy związane z codzienną egzystencją.

Bardzo ciekawe są wnioski, że leczenie cytostatykami obniża jakość życia chorych, ale w stopniu, który nie jest istotny statystycznie. Informują o tym badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ-C30 w 2009 r. wśród 182 pacjentów Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Podzielono ich na 2 grupy: grupa A obejmowała 77 osób, u których rozpoznano chorobę nowotworową (przed leczeniem), a grupa B 105 pacjentów będących w trakcie leczenia cytostatykami. Uzyskane wyniki nie wykazały większego zróżnicowania między opisanymi grupami. Świadczy to o tym, że już samo rozpoznanie obniża parametry jakości życia. Przeprowadzone badania dowiodły także, że funkcjonowanie pacjentów, zarówno przed, jak i podczas leczenia, pogorszyło się średnio o 50% w zakresie fizycznym, społecznym, emocjonalnym oraz poznawczym. W obydwu grupach pacjenci jako najbardziej dokuczliwy i nasilony objaw podawali zmęczenie, a następnie również trudności ze snem oraz ból. U chorych w czasie leczenia znacznie częściej występowały nudności.² Odpowiada to wynikom uzyskanym przez innych badaczy.

Obecnie uważa się, że zmęczenie to najczęściej zgłaszany objaw nowotworu oraz stosowanej terapii. Dotyczy około 80% chorych na raka i 70% poddanych leczeniu. Pojawia się niejednokrotnie przed diagnozą, bardzo często jako początkowy objaw choroby, a jego nasilenie nie zmniejsza się nawet po wypoczynku. W przypadku uporczywie nasilającego się zmęczenia może dojść do zmiany terapii na łagodniejszą.

Wyniki niniejszej pracy również wskazują, że zmęczenie jest najbardziej dokuczliwym objawem choroby nowotworowej, co deklaruje ponad połowa ankietowanych pacjentów. Pozostałe najbardziej dokuczliwe objawy wymieniane przez respondentów to: ból, nudności, brak apetytu, biegunki, zaparcia oraz zaburzenia snu. Podane dolegliwości z pewnością nie wpływają korzystnie na jakość życia chorych na nowotwory. Zaskakujące jest, że jedynie w przypadku bólu wykazano korelację z odczuwaną satysfakcją z życia, większą u osób, które nie odczuwały dolegliwości bólowych. Wykazano również korelacje dotyczące stopnia nasilenia dolegliwości bólowych i jego wpływu na odczuwaną satysfakcję z życia oraz styl zmagania się z chorobą. U pacjentów charakteryzujących się dużym nasileniem bólu odnotowano większe wartości dla strategii zaabsorbowania lękowego, ducha walki oraz destrukcyjnego stylu zmagania się z chorobą. U tych chorych stwierdzono także niski poziom na skali satysfakcji z życia.

Wiele przeprowadzonych badań pokazuje, że chemioterapia najbardziej niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie emocjonalne. Jest to oczywiście zależne od stadium zaawansowania nowotworu w chwili rozpoznania oraz od prawdopodobnego rokowania. W badanej grupie chorych na raka jelita grubego wyróżniono część, w której szczególnie są zauważalne problemy emocjonalne objawiające się dużym natężeniem strategii bezradności/beznadziejności, zaabsorbowania lękowego, destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz niskim poziomem akceptacji choroby.

Choroba nowotworowa uderza również w dużym stopniu w sferę funkcjonowania społecznego oraz sferę fizyczną. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów, u których największe szanse na wyleczenie nowotworu daje chirurgia i związany z nią zabieg wyłonienia stomii, który wpływa na wszystkie sfery życia chorego.

Badania własne pokazują, że wśród respondentów chorujących na r.j.g. występują ograniczenia w codziennych czynnościach, a także aktywności zawodowej. Z powodu choroby ponad jedna trzecia ankietowanych była na rencie lub zasiłku rehabilitacyjnym, co wiązało się oczywiście z niezadowalającą i złą sytuacją finansową, którą deklarowało około 40% badanych. Taki stan rzeczy z pewnością pogarsza jakość życia oraz funkcjonowanie społeczne pacjentów.

Inne badania przeprowadzone wśród 84 pacjentów po zabiegu chirurgicznym na jelicie grubym z wytworzeniem stomii również potwierdzają pogorszenie ogólnej jakości

życia. Przeprowadzono je z użyciem kwestionariusza EORTC QLQ C-30 zarówno po operacji, jak i po upływie 3 i 6 miesięcy. Wyniki pokazały, że jakość życia była istotnie gorsza po 3 miesiącach od operacji, zarówno w skalach funkcjonalnych, jak i objawowych, a po 6 miesiącach znacznie się poprawiła w domenach funkcjonowania fizycznego i pełnienia swojej roli. Kształtowała się jednak znacznie poniżej jakości życia osób zdrowych badanych za pomocą tego samego kwestionariusza. Poprawa jakości życia była związana z przyzwyczajeniem się chorego do stomii i nauczeniem się jej obsługi. Mimo to wiedza i umiejętności z tego zakresu okazały się niewielkie, zarówno po 3, jak i 6 miesiącach od operacji. Pacjenci w pytaniach otwartych zgłaszali także niewystarczającą liczbę sprzętu stomijnego. Oceniana jakość życia miała szczególnie małe wartości, biorąc pod uwagę życie prywatne, funkcje społeczne oraz sytuację finansową. W skalach objawowych początkowo zgłaszane występowanie nudności, wymiotów, bólu, duszności zmniejszało się z upływem czasu u obu płci. Uczucie zmęczenia i bezsenność, na które skarżyli się chorzy zmniejszyły się znacznie tylko u mężczyzn, a u kobiet pozostały na podobnym poziomie. W celu poprawy jakości życia tej grupy chorych niezwykle ważne jest aktywne wsparcie, ale i właściwa edukacja, pomoc, informacja zarówno przed, jak i po zabiegu.¹⁰

Wiele publikacji i prac wskazuje na to, że jakość życia chorych na nowotwory jest związana również z rehabilitacją. Dotyczą tego badania przeprowadzone przez Karczmarek-Borowską et al.¹¹ z użyciem kwestionariusza SF-20 wśród 50 chorych na nowotwory leczonych metodą chemioterapii. Około 90% pacjentów deklarowało potrzebę ruchu podczas terapii, co podnosiło ich poczucie własnej wartości i jakości życia. Podejmowanie codziennej aktywności, choćby udział w porannej gimnastyce na oddziale, pozytywnie wpływało zarówno na sferę fizyczną, jak i psychiczną chorych podczas chemioterapii. Dzięki kompleksowej i właściwie dobranej rehabilitacji możliwe staje się zmniejszenie bólu, poprawa ogólnej sprawności, zwiększenie motywacji do leczenia, co znacząco poprawia jakość życia chorego. Podejmowanie przez pacjentów aktywności sprawia, że zaczynają wierzyć we własne siły i możliwości, obniża się ich poczucie lęku i skłonności do depresji. Uzyskane wyniki podkreślają zatem znaczenie rehabilitacji w procesie leczenia raka. Zwracają uwagę, że powinna być podejmowana jak najwcześniej, jednocześnie z podstawowym leczeniem, rutynowo na każdym oddziale onkologicznym i po powrocie pacjenta do domu.

Inne badania z użyciem skali Mini-MAC i SWLS przeprowadzone przez Szczepańską-Gierachę et al.¹² wśród 71 pacjentek chorych na nowotwory złośliwe wskazują, że strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową mogą się zmieniać w czasie, jaki upływa od chwili rozpoczęcia do wielu lat po zakończeniu leczenia. Autorzy badań doszli do wniosku, że podczas hospitalizacji strategie konstruktywne chorych osiągają bardzo duże wartości, którym towarzyszy niski poziom strategii destrukcyjnych. Zwią-

zane jest to z aktywacją silnych mechanizmów obronnych uruchamianych w celu eliminacji negatywnych emocji. Po zakończonej terapii (kiedy nawrót choroby nie nastąpił się przez minimum 6 lat) stwierdzono zmniejszenie poziomu konstruktywnych strategii, bez spadku natężenia strategii destrukcyjnych, przy czym wyniki na skali satysfakcji z życia były większe niż u kobiet zdrowych i zwiększały się wraz z upływem czasu po zakończeniu leczenia.

Spadek strategii konstruktywnych po zakończonej terapii jest zatem wyrazem powrotu do normy i nie świadczy o pogorszeniu się stanu emocjonalnego. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz jakość życia są nierozzerwalnie związane ze stanem pacjenta i etapem choroby, na którym się znajduje. Świadczą o tym badania przeprowadzone wśród 50 pacjentów paliatywnych przebywających pod opieką hospicjum, ankietowanych z użyciem skal: Mini-MAC, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale – Szpitalna Skala Lęku i Depresji) oraz VAS (Visual Analog Scale; skala badająca poziom natężenia bólu). Wyniki pokazały, że niemal połowa ankietowanych doświadczała bólu o średnim, silnym oraz bardzo silnym nasileniu. Około 30% pacjentów było dotkniętych depresją lub stanami granicznymi z depresją. Są to niewątpliwie bardzo wysokie i negatywne wartości. Jeżeli chodzi o strategie radzenia sobie z chorobą, pacjenci uzyskali wyniki przeciętne dla strategii konstruktywnych i destrukcyjnych. Bardzo wysokie wyniki, wynoszące prawie 44%, odnotowano dla strategii zaabsorbowania lękowego, a jedynie 20% dla ducha walki oraz aż 90% (wyniki bardzo wysokie i wysokie) dla strategii pozytywnego przewartościowania, która świadczy o stoickiej akceptacji. Pacjenci, przygotowując się do zbliżającej się śmierci, wykorzystują różne strategie radzenia sobie z chorobą. Niestety, duża liczba chorych zmaga się codziennie nie tylko z bólem fizycznym, ale i cierpieniem emocjonalnym w postaci depresji.¹³

Jakość życia pacjenta oraz przyjmowana strategia radzenia sobie z chorobą, poziom satysfakcji z życia i akceptacji choroby zależą również w dużej mierze od rodzaju nowotworu, na jaki pacjent choruje. Świadczą o tym badania przeprowadzone przez Kozak G.¹⁴ za pomocą kwestionariuszy Mini-MAC i AIS oraz Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES) wśród pacjentów chorych na nowotwory: żołądka, narządów rodnych, trzustki, jelita grubego i prostaty. Wyniki badań tych autorów odpowiadają omówionym wcześniej wynikom uzyskanym przez autorów niniejszej pracy i pozwalają zauważyć, że strategia ducha walki najbardziej sprzyja procesowi leczenia. Korzystna jest również na pewnych etapach choroby strategia pozytywnego przewartościowania. Niekorzystne dla dalszego rokowania okazały się natomiast strategie bezradności/beznadziejności i zaabsorbowanie lękowe. W badanej grupie wśród pacjentów chorujących na raka jelita grubego odkryto rosnące natężenie strategii ducha walki, które zwiększało się wraz z wiekiem chorych. Pojawiła się tak-

że zależność między niskim poczuciem własnej wartości a większym nasileniem zaabsorbowania lękowego, przy mniejszym nasileniu ducha walki. Pozytywne zmiany dotyczyły natomiast większego doceniania życia i wystąpiły głównie wśród osób starszych.

Rak jelita grubego wiąże się w większości przypadków z okaleczeniem chorego, co wynika z konieczności wyłonienia stomii jelitowej. Procedura ta bardzo często jest trudna do zaakceptowania, zmienia akceptację własnego ciała oraz samoocenę, wpływając na funkcjonowanie we wszystkich sferach życia. Badania przeprowadzone przez Michalaka et al.¹⁵ za pomocą kwestionariuszy AIS, SWLS oraz IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych) przedstawiają przystosowanie się chorych do życia ze stomią. W początkowym okresie od wyłonienia stomii pacjenci wymagali przy jej pielęgnacji pomocy innych osób, ale z upływem czasu zaczęli te czynności wykonywać samodzielnie. Kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń wynikających z choroby występowały u 26% badanych, u pozostałych przystosowanie kształtowało się natomiast na poziomie średnim i stanowiło większy problem dla kobiet. Wyniki uzyskane za pomocą skali SWLS informują, że 30% pacjentów osiągało wysoki stopień satysfakcji z życia, 40% – przeciętny, a 30% – niski.

Glińska et al.¹⁶, również badając satysfakcję z życia za pomocą skali SWLS u osób z wyłonioną stomią, uzyskali nieco odmienne wyniki. Wśród badanych 50 chorych stwierdzono bardzo niski poziom zadowolenia z życia, nieznacznie tylko wyższy u mężczyzn. Na poziom satysfakcji miał wpływ czas, który upłynął od wyłonienia stomii. Im był dłuższy, tym większa była satysfakcja z życia.

Badania własne nie wykazały związku między satysfakcją z życia, akceptacją choroby, sposobem radzenia sobie z nią a płcią badanych pacjentów. Istniały natomiast korelacje wskazujące, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym większe wyniki dla strategii ducha walki i stylu konstruktywnego. Taka sama zależność pojawiła się w przypadku odczuwanej satysfakcji z życia. Na podstawie otrzymanych wyników można stwierdzić, że poziom akceptacji choroby w skali AIS wśród pacjentów chorych na raka jelita grubego osiąga wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Satysfakcja z życia, według skali SWLS, odczuwana przez chorych osiąga wartości nieco większe od średnich. Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową w skali Mini-MAC zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z dużym natężeniem strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietowanych małe wartości z małym natężeniem strategii bezradności/beznadziejności i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego. Wyniki te znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości.

Bardzo poważnym problemem pacjentów chorych na raka jelita grubego jest poczucie izolacji społecznej, wstydu, tematu tabu, do którego pacjenci nie chcą się przyznać.

Z tych powodów sprawą najwyższej wagi dla każdego zespołu terapeutycznego powinno być otoczenie wszystkich pacjentów chorych na nowotwory wielowymiarową, interdyscyplinarną opieką. Wsparcie dla chorych powinno płynąć zarówno ze strony rodziny, przyjaciół, personelu, jak i instytucji. Dzięki wszechstronnej opiece jakość życia pacjentów z pewnością osiągnie możliwie najwyższy poziom.

Wnioski

Poziom akceptacji choroby oraz odczuwana satysfakcja z życia w grupie badanej osiągają wartości nieco większe od przeciętnych, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu się do choroby nowotworowej.

Wśród sposobów radzenia sobie z chorobą nowotworową zdecydowanie dominuje styl konstruktywny z wysokim natężeniem strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania. Styl destrukcyjny radzenia sobie z rakiem osiągnął wśród ankietyowanych małe wartości z niskim natężeniem strategii bezzadność/beznadziejność i nieco wyższym poziomem zaabsorbowania lękowego.

Zgodnie z trendami współczesnej medycyny działania personelu medycznego powinny obejmować zarówno właściwą terapię, jak i zapewnienie możliwie najlepszej akceptacji choroby, która pozytywnie wpłynie na satysfakcję z życia i poprawę jego jakości u chorych.

Piśmiennictwo

1. Stec R: Badania przesiewowe w raku jelita grubego. *Współcz Onkol.* 2006;10(3):6–102.
2. Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J: Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współcz Onkol.* 2010;14(3):276–228.
3. Klimczak A, Kubiak K, Cybulska M, Kula A, Dziki Ł, Malinowska K: Etiologia raka jelita grubego oraz bariera antyoksydacyjna ustroju. *Pol Merk Lek.* 2010;28(65): 223–226.
4. Korniluk J, Wcisło G, Nurzyński P, et al.: Leczenie uzupełniające raka jelita grubego. *Współcz Onkol.* 2006;10(3):139–140.
5. Karachadzi K, Paradowski L: Aktualna sytuacja epidemiologiczna nowotworów jelita grubego w Polsce. *Gastroenterol Pol.* 2012;19(2): 64–69.
6. Berut M, Mik M, Kędzia-Berut M, et al.: Rak jelita grubego u osób młodych i w wieku podeszłym. *Pol Prz Chir.* 2013;85(8):806–815.
7. Banaszewicz Z, Tojek K, Jarmocik P, Frasz J, Jawień A: Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne. *Współcz Onkol.* 2009; 13(1):34–40.
8. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. II. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009:128–179.
9. Modlińska A, Buss T, Krakowiak P: Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej. *Prz Lek.* 2009;12:14–25.
10. Plata K, Majewski W: Jakość życia pacjentów po operacji na jelicie grubym z wytworzeniem stomii. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.* 2008;54(2):77–85.
11. Karczmarek-Borowska B, Niemiec A, Pop T: Wpływ rehabilitacji na poprawę jakości życia chorych w trakcie chemioterapii. *Onkol Pol.* 2012;15(4):143–148.
12. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski MP: Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol.* 2010;14(6): 403–410.
13. Szwał B, Słupski W, Krzyżanowski D: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ.* 2011;1:35–41.
14. Kozak G: Różnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anest Ratow.* 2012;6:162–170.
15. Michalak S, Cierzniańska K, Banaszewicz Z, Szewczyk MT, Jawień A: Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol.* 2008;3:91–98.
16. Glińska J, Jaros A, Lewandowska M, Dziki Ł, Dziki A, Brosowska B: Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęg Chir Angiol.* 2014;3:128–132.

Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego

Functional assessment of patients with osteoarthritis of the knee

Magdalena Jastrzębiec-Święcicka^{1, A-D}, Mateusz Cybulski^{2, A, D, F}, Zofia Dzięcioł-Anikiej^{3, E, F}, Elżbieta Krajewska-Kułał^{2, E, F}

¹ Absolwentka kierunku fizjoterapia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

³ Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):63–68

Adres do korespondencji

Mateusz Cybulski

e-mail: mateusz.cybulski@umb.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.07.2016 r.

Po recenzji: 20.07.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Choroba zwyrodnieniowa stawów jest wypadkową nakładających się schorzeń, które mimo odmiennych etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Klinicznie choroba zwyrodnieniowa objawia się bólem stawów, bolesnością uciskową, ograniczeniem ruchomości, trzeszczeniami, czasem wysiękami i zapaleniem o różnym nasileniu bez objawów ogólnoustrojowych.

Cel pracy. Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od września 2015 do stycznia 2016 r. w Poradni Rehabilitacji Leczniczej i Pracowni Fizjoterapii Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku wśród 50 pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki. W analizowanej grupie znaczną większość stanowiły kobiety (88%). Biorąc pod uwagę wszystkich ankietowanych, najwięcej osób było w wieku 61–70 lat. Największa liczba pacjentów (n = 19) charakteryzowała się wskaźnikiem BMI wynoszącym 25–30, a tylko 6 osób miało prawidłowe wartości tego wskaźnika. Ból stawu kolanowego u respondentów występował najczęściej w ciągu dnia lub przez całą dobę i był oceniany na 4–6 punktów w 10-punktowej skali. Najwięcej pacjentów oceniło własny poziom aktywności fizycznej jako umiarkowany, duża liczba badanych spędzała jednak swój wolny czas w sposób mało aktywny.

Wnioski. Choroba zwyrodnieniowa stawów częściej była rozpoznawana u kobiet. Występowanie choroby zwyrodnieniowej było związane z wiekiem. Badani pacjenci nie prowadzili aktywnego stylu życia, o czym świadczyły wartości wskaźnika BMI oraz preferowane formy spędzania wolnego czasu. Ból nie miał wpływu na dotychczasową aktywność fizyczną pacjentów, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Słowa kluczowe: staw kolanowy, choroba zwyrodnieniowa stawów, ocena stanu funkcjonalnego

DOI

10.17219/pzp/64692

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Osteoarthritis is a result of overlapping disorders that, despite the different etiology, result in similar biological, morphological and clinical effects. Clinically, it is a degenerative disease characterized by joint pain, painful compression, restriction of mobility, and creaking, and sometimes includes effusion and various degrees of inflammation without systemic symptoms.

Objectives. The aim of the study was to evaluate functional patients with osteoarthritis of the knee.

Material and methods. The study was conducted in the period from September 2015 to January 2016 in 50 patients with osteoarthritis of the knee. The research method used was a diagnostic survey using an original questionnaire.

Results. In the analyzed group, the vast majority of people with osteoarthritis of the knee were women (88%). The largest group in which osteoarthritis of the knee exists was people in the age range between 61–70 years. The largest number of patients ($n = 19$) were characterized by a BMI between 25–30, and only 6 people had a correct value of this indicator. Pain of the knee among the respondents most frequently occurred during the day or during day and night and was estimated at 4 to 6 on a 10-point scale. Most patients rated their own level of physical activity as moderate, but a large number of respondents did not spend their free time in a very active way.

Conclusions. Osteoarthritis was more common among women. The occurrence of the degenerative disease has been associated with aging. The respondents did not have an active lifestyle, as reflected by BMI and preferred forms of spending free time. The pain had no effect on the current physical activity in patients with osteoarthritis of the knee.

Key words: osteoarthritis, knee joint, functional assessment

Wprowadzenie

Choroba zwyrodnieniowa stawów (morbus degenerativus articularum, osteoarthrosis, osteoarthritis – ChZS) jest wypadkową nakładających się różnych schorzeń, które mimo odmiennych etiologii prowadzą do podobnych efektów biologicznych, morfologicznych i klinicznych. Proces chorobowy dotyczy nie tylko chrząstki stawowej, ale i całego stawu, w tym podchrzęstnej warstwy kości, więzadeł, torebki stawowej, błony maziowej i mięśni okołostawowych.¹ Choroba prowadzi do rozmiękania, włóknienkowatości, owrzodzeń i ubytku chrząstki stawowej, stwardnień i zagęszczeń podchrzęstnej tkanki kostnej oraz powstawania osteofitów i torbieli podchrzęstnych.² Klinicznie choroba zwyrodnieniowa objawia się bólem stawów, bolesnością uciskową, ograniczeniem ruchomości, trzeszczeniami, czasem wysiękami i zapaleniem o różnym nasileniu bez objawów ogólnoustrojowych.³

Choroba zwyrodnieniowa stawów może dotyczyć stawów kręgosłupa, barkowych, łokciowych, nadgarstkowych, biodrowych, kolanowych, skokowych oraz międzypaliczkowych lub śródrečno-paliczkowych. Spośród wszystkich postaci to właśnie choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych występuje najczęściej i jest najbardziej dokuczliwa dla chorych.^{1,4}

Pod względem etiologii chorobę zwyrodnieniową stawów (osteoarthritis – OA) można podzielić na 2 rodzaje: pierwotną i wtórną. Jest to podział zaproponowany przez Altmana w 1986 r., używany często do klasyfikacji choroby zwyrodnieniowej stawów.⁵

Pierwotna (idiopatyczna) choroba zwyrodnieniowa stawów to taka, w której nieznana jest przyczyna jej wystąpienia. Wtórna postać rozwija się na skutek miejscowych, wrodzonych lub nabytych uszkodzeń elementów i niepra-

widowości budowy stawu albo w wyniku chorób ogólnoustrojowych.^{5–7}

Istnieje także inny podział choroby ze względu na liczbę stawów objętych procesem zwyrodnieniowym. Wyróżnia się tu postać uogólnioną, dotyczącą wielu stawów, oraz miejscową, w której jest zajęty jeden staw, np. kolanowy.⁵

Do czynników zwiększających ryzyko OA zalicza się: starszy wiek (powyżej 40 lat), płeć (częściej na OA chorują kobiety), nadwagę, czynniki genetyczne (mutacja genu *COL2A1* – zaburzenie kolagenu) oraz czynniki mechaniczne (praca zawodowa, uprawianie sportów wyczynowych w przeszłości, osłabienie siły mięśni okołostawowych szkieletowych, głównie zanik głowy przysrodkowej mięśnia czworogłowego uda). Ważnym czynnikiem ryzyka jest także duża gęstość mineralna kości. Mała gęstość mineralna kości przyczynia się natomiast do złamań w obrębie beleczek kostnych w stawach, a także do zaburzenia czucia głębokiego.^{5,8–12}

Na ocenę funkcjonalną narządu ruchu składa się badanie kliniczne podmiotowe i przedmiotowe. Badanie podmiotowe stanowi wywiad – zestaw pytań zróżnicowany w zależności od schorzenia, z którym zgłasza się pacjent. Dobrze przeprowadzone badanie podmiotowe jest ważną składową całości diagnostyki. Poza podstawowymi danymi metrykalnymi dopełniają go informacje na temat poglądu chorego na powstawanie choroby, jej przebiegu, czasu trwania, dolegliwości bólowych oraz wywołanych skutków fizycznych, psychicznych, społecznych i zawodowych.¹³

Kolejny etap diagnostyki czynnościowej to badanie przedmiotowe – fizykalne, które pozwala na ocenę zaburzeń budowy i funkcji narządu ruchu. Zawsze bada się obie kończyny dolne w celu sprawdzenia symetryczności, rozpoczynając od zdrowej. Pierwszą czynnością jest oglądanie, następnie badanie palpacyjne i ocena

funkcjonalna. Podczas oglądania od przodu, z boku i od tyłu w pozycji stojącej zwraca się uwagę na ustawienie stóp, tzn. czy jest ono równoległe na szerokość stawów biodrowych, czy stopy nie ustawiają się w supinacji lub pronacji. Ocenia się ustawienie stawów kolanowych pod względem wysokości, występowania koślawości bądź szpotawości. Ocenie podlega ponadto wysokość rzepki, zarys stawów, wysięk, obrzęk stawu oraz występowanie ewentualnych zaników mięśniowych, np. zanik głowy przyśrodkowej mięśnia czworogłowego uda. Ważne jest również badanie ustawienia kości udowej i piszczelowej względem siebie, ustawienia miednicy oraz ocena chodu w poszczególnych jego fazach. Dodatkowo ocenia się stan skóry, temperaturę, czucie oraz obecność tętna na tętnicy podkolanowej i grzbietowej stopy, a także tętnicy piszczelowej tylnej. Wykonuje się również badanie ruchomości stawu kolanowego, tj. zakres bierny i czynny oraz działanie mięśni. Należy dokonać pomiarów liniowych, czyli długości względnej i bezwzględnej kończyny oraz pomiarów obwodów kończyn dolnych.¹³ Testami klinicznymi stosowanymi w uszkodzeniach stawu kolanowego są testy rzepkowe (test przemieszczenia rzepki, test objawu balotowania rzepki), testy więzadłowe na stabilność stawu (test Lachmana, test szuflady przedniej, test szuflady tylnej, test „Pivot Shift” – test dynamicznego podwichnięcia, test szpotawiający i koślawiający) oraz testy łąkotkowe (test dystrykcyjno-kompresyjny Apleya, objaw McMurraya).¹⁴ Z testów funkcjonalnych przydatne bywają testy sprawdzające elastyczność mięśni i brak przykurczów np. mięśnia prostego uda (test przykurczu mięśnia prostego uda), mięśni kulszowo-goleniowych (test końca palca).¹⁵

Celem pracy była ocena stanu funkcjonalnego pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w okresie od września 2015 do stycznia 2016 r. w Poradni Rehabilitacji Leczniczej i Pracowni Fizjoterapii Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK przy ul. J. Bema 2 w Białymstoku.

Badaniem objęto łącznie 50 pacjentów leczonych w poradni dla osób z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Dobór grupy miał charakter losowy. Badani, 44 kobiety i 6 mężczyzn, znajdowali się w 4 przedziałach wiekowych: 41–50 lat, 51–60 lat, 61–70 lat i 71–80 lat. Badanie było anonimowe i przeprowadzane przez badającego. Z grupy wyłączono osoby dotknięte innymi chorobami, np. reumatycznymi, w stanach po urazach więzadłowych i łąkotkowych stawu kolanowego oraz po rekonstrukcjach więzadeł.

Wykorzystaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Ankieta zawierała łącznie 21 pytań. Narzędzie badawcze składało się z 6 pytań dotyczących charaktery-

styki społeczno-demograficznej (tzw. „metryczka”) oraz z części zasadniczej, w której znalazły się pytania z zakresu historii choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego, występujących objawów, dolegliwości bólowych związanych z analizowaną jednostką chorobową oraz stylu życia pacjentów.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (nr uchwały R-I-002/188/2015) oraz dyrekcji Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku.

Do opracowania wyników wykorzystano program IBM SPSS 23.0. Do porównania 2 grup w zakresie zmiennych ilościowych lub porządkowych zastosowano test *U* Manna-Whitneya, a w przypadku porównywania 3 lub więcej grup – test Kruskala-Wallisa. Zastosowano ponadto test χ^2 . Jako graniczny poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Badana grupa składała się z 44 (88%) kobiet i 6 (12%) mężczyzn. Najliczniejszą grupę, w której występowała choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych, stanowiły osoby w wieku 61–70 lat (21 osób), a następnie 71–80 lat (14 osób) oraz 41–50 lat (10 osób). Średnia masa ciała respondentów wyniosła 76,44 kg, a średni wzrost – 163,3 cm. Średnia wartość BMI pacjentów była równa 28,55, co wskazywało na występowanie nadwagi. Największa liczba chorych ($n = 19$) charakteryzowała się wskaźnikiem BMI wynoszącym 25–30, a tylko u 6 osób jego wartości były w normie. Ponad połowa badanych wykonywała pracę siedzącą, a prawie jedna trzecia trudniła się pracą fizyczną. Niewiele mniej osób w ramach swojej pracy zawodowej łączyło oba rodzaje pracy.

Na chorobę zwyrodnieniową stawów od 6 lat i dłużej cierpiało 34 pacjentów, a u 13 osób rozpoznanie postawiono 2–5 lat temu.

Wśród badanych największą grupę stanowili pacjenci, u których zmiany zwyrodnieniowe dotyczyły dwóch stawów, prawego i lewego (66%). Prawie połowa chorych zadeklarowała brak urazów stawu kolanowego w przeszłości. Wśród osób, które miały urazy stawu kolanowego w przeszłości, odnotowano najczęściej uszkodzeń łąkotek stawu kolanowego i stłuczeń.

Do najczęstszych, charakterystycznych objawów klinicznych choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych respondenci zaliczyli występowanie bólu, który był obecny u 47 osób (prawie 60% respondentów), a następnie ograniczenie ruchomości stawu oraz obrzęki, które w obu przypadkach wystąpiły u 27 osób.

Ból stawu kolanowego wśród respondentów pojawiał się najczęściej w ciągu dnia lub trwał przez całą dobę. Na występowanie bólu w nocy wskazało tylko 4% respondentów, którzy stwierdzili, że nie był tak dokuczliwy, jak w dzień. Inne odpowiedzi respondentów na zadane pytania przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Częstość występowania bólu stawu kolanowego

Table 1. The prevalence of knee pain

Częstość występowania bólu	n	%
Codziennie	29	58,0
Kilka razy w tygodniu	4	8,0
Kilka razy w miesiącu	7	14,0
Kilka razy w roku	6	12,0
Trudno powiedzieć	3	6,0
Inna odpowiedź	1	2,0
Ogółem	50	100,0

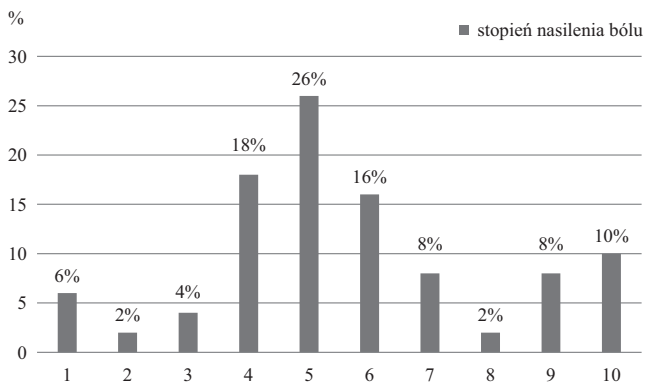
Odczucie bólu u pacjentów było na umiarkowanym poziomie. Najwięcej osób oceniło go na 4–6 punktów w 10-punktowej skali (gdzie 1 oznaczało ból słabo odczuwalny, a 10 ból o maksymalnym nasileniu, nie do zniesienia). Szczegółowy rozkład odpowiedzi przedstawiono na ryc. 1.

Pacjentom dotkniętym chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego największą trudność sprawiały takie czynności, jak kłęknięcie na chore kolano i schodzenie ze schodów. Najmniej osób miało trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego polegających na ubieraniu się, chodzeniu po równej powierzchni, kucaniu i podnoszeniu ciężarów.

Prawie wszyscy pacjenci korzystali z zabiegów fizjoterapeutycznych w przychodni i uważali je za optymalną metodę w niwelowaniu lub zwalczaniu dominujących objawów klinicznych występujących w chorobie zwyrodnieniowej. Dodatkowo duża część osób stosowała leki i maści przeciwbólowe.

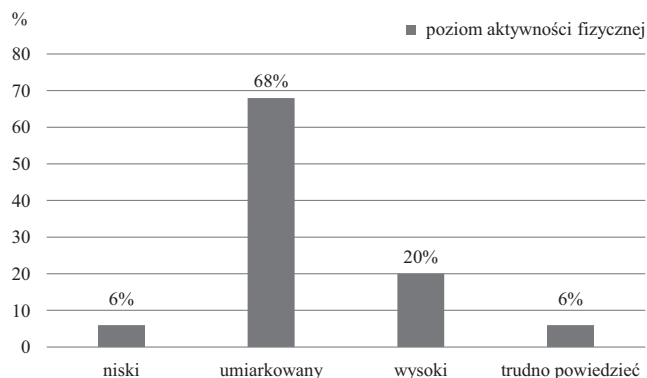
Najwięcej pacjentów oceniło własny poziom aktywności fizycznej jako umiarkowany, a 6% badanych nie potrafiło go określić. Odpowiedzi w ujęciu procentowym przedstawiono na ryc. 2.

Duża liczba badanych spędzała czas wolny w sposób mało aktywny. W badanej grupie dominowały czynności sedentaryjne, np. oglądanie telewizji, czytanie gazet i książek oraz słuchanie radia. Jako najczęściej praktykowane, aktywne czynności respondenci wymieniali przede



Ryc. 1. Rozkład procentowy subiektywnej oceny bólu stawu kolanowego

Fig. 1. Percentage distribution of the subjective assessment of the pain of the knee



Ryc. 2. Poziom aktywności fizycznej pacjentów

Fig. 2. The level of physical activity practiced patients

wszystkim spacerowanie oraz chodzenie do sklepów w poszukiwaniu promocji. Zdecydowana większość chorych nie potrzebowała żadnych pomocy ortopedycznych do samodzielnego poruszania się.

Omówienie

Wyniki badań przeprowadzonych wśród pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych wykazały, że płeć jest ważną determinantą występowania choroby. Zaobserwowano, że częściej chorują kobiety – w badanej grupie były aż 44 kobiety, co stanowiło 88% respondentów i tylko 6 mężczyzn – 12% całej zbiorowości. Podobne wyniki potwierdzające występowanie choroby wśród kobiet otrzymali w badaniach Pop et al.¹⁶ oraz Ząbek et al.¹⁷ Może to mieć związek z okresem menopauzy i niedoborem hormonów płciowych w postaci estrogenów.¹⁸

Pop et al. określili rozkład procentowy respondentów w następujących przedziałach wiekowych: 23% osób stanowili badani w wieku 24–29 lat, 15% – 50–59 lat, 38% – 60–69 lat, a 28% – powyżej 70 lat, co wykazało, że wiek powyżej 60 lat zwiększał częstość występowania zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego.¹⁶ W badaniach własnych odsetek badanych nie różnił się zbyt od liczby ankietowanych podanej przez Pop et al. i wykazał podobną zależność.¹⁶ Przyjęto inne kryteria podziału wieku, tj. 41–50 lat, 51–60 lat, 61–70 lat, 71–80 lat. Określono, że najwięcej osób (42%) miało 61–70 lat. Elbaz et al. także wykazały średnią wieku występowania choroby wynoszącą powyżej 60 lat (wg badań jest to dokładnie 61,9 lat).¹⁹ U Gajkowskiej et al. gonartroza przeważała w grupie osób < 65 r.ż.¹⁸

Ząbek et al. wykazali, że wśród badanych najwięcej osób wykonywało pracę umysłową (60%) w porównaniu z respondentami pracującymi fizycznie (40%),¹⁷ podobnie jak w badaniu własnym. W badaniach przeprowadzonych przez Woszczaka et al. najwięcej chorych wykonywało pracę fizyczną, a najmniej umysłową.²⁰ Podobnie u Gajkowskiej et al. więcej badanych pracowało fizycznie i niewiele mniej miało siedzącą pracę umysłową.²¹

Czas trwania choroby u pacjentów w badaniach Ząbek et al. najczęściej wynosił 5–10 lat, co stanowiło 32% respondentów.¹⁷ Według Bonikowskiej et al. najwięcej osób chorowało w okresie krótszym niż 5 lat.²² W badaniach własnych najliczniejszą grupą byli pacjenci chorujący od 6 i więcej lat – odsetek tych respondentów wyniósł 68%.

Z badań Szczepańskiej et al. wynika, że ból był objawem dominującym i uskarżało się na niego najwięcej osób (60%) dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Kolejnymi najczęściej występującymi objawami choroby były obrzęki stawu (17%) i trzeszczenia, czyli krepitacje (13%).²³ Badania własne wskazały także na dominację bólu jako głównego objawu gonartrozy (96%). Dodatkowo pacjenci często uskarżali się na obrzęki i ograniczenia ruchomości stawu kolanowego (54%) oraz uczucie sztywności (48%). Uzyskane wyniki potwierdziło również badanie Sierakowskiej et al.²⁴

Respondenci w badaniu Gajewskiego et al. uskarżali się na prawie codzienne występowanie dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego. Ocena zawierała się w skali od 1 do 5, gdzie 1 odpowiadało bardzo słabym lub słabym dolegliwościom, a 5 określało ból jako bardzo silny. Małe dolegliwości bólowe miało około 11% badanych, średnie – około 35%, a duży ból odczuwało aż 48,5%.²¹ W badaniu własnym pacjenci uskarżali się na występowanie bólu każdego dnia. Ból towarzyszył im przeważnie w ciągu dnia lub w dzień i w nocy.

W badaniach Szczepańskiej 43% chorych oceniło własną aktywność fizyczną jako umiarkowaną, a 37% jako dobrą, podobnie jak w niniejszym badaniu.²³

Przeprowadzone badania wykazały, że 80% respondentów miało BMI powyżej przyjętej normy, tzn. > 25, a średnia wartość wskaźnika wyniosła 28,55. Wskazuje to na stosunkowo częste występowanie nadwagi bądź otyłości różnego typu. W badaniach Kielbasy et al. wartość BMI przedstawiała się na podobnym poziomie, również wskazując na istnienie nadwagi i otyłości wśród osób, u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych.²⁵ Podobne wartości średniej otrzymali w badaniach Kuciel-Lewandowska et al.¹⁰ Średnią wartość BMI na poziomie 27,8 wykazała Gajkowska.¹⁸ W badaniach Krekory et al. u większości badanych stwierdzono nieprawidłową masę ciała (73%) w porównaniu z osobami mającymi BMI w normie (27%).²⁶

Ocena dolegliwości bólowych stawu kolanowego w skali VAS przeprowadzona przez Ząbek wykazała, że chory najczęściej oceniali ból na 5, czyli jako umiarkowany, a drugą często określaną wartością było 8.¹⁷ Podobnie ból ocenili respondenci w badaniu własnym – najczęstszą odpowiedzią była ocena na 5, a drugą na 4 i 6, odpowiednio w podobnych wartościach procentowych.

Czterdzieści procent ankietowanych w badaniu Ząbek et al. odpowiedziało, że ból w średnim stopniu utrudniał im codzienne funkcjonowanie, 38% – w nieznacznym stopniu, 14% – w stopniu dużym, a 4% stwierdziło, że w bardzo dużym stopniu. Cztery procent chorych dekla-

rowało brak wpływu bólu na codzienną aktywność.¹⁷ Badania własne wykazały, że ból chorego stawu kolanowego częściowo wpłynął na ograniczenie aktywności fizycznej – takiej odpowiedzi udzieliło 62% pacjentów. Znaczne utrudnienia występowały u 16% ankietowanych, u 10% ból wcale nie ograniczał funkcjonowania, a 12% nie umiało określić wpływu bólu na własną aktywność.

W badaniu autorskim respondenci jako sposób radzenia sobie z objawami choroby zwyrodnieniowej stawu kolanowego wymieniali najczęściej zabiegi fizjoterapeutyczne (98%), a następnie stosowanie leków i maści przeciwbólowych oraz przeciwzapalnych. Badanie ankietowe Ząbek et al. wykazało, że prawie połowa pacjentów korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych regularnie, 2–3 razy w roku lub raz w roku uczestniczyła w turnusie rehabilitacyjnym.¹⁷

Ponad połowa ankietowanych w badaniu Ząbek et al. przyznała, że codziennie podejmowała aktywność fizyczną. Najczęściej były to spacerowanie, jazda na rowerze i pływanie.¹⁷ W niniejszym badaniu 80% deklarowało, że w czasie wolnym spaceruje. Ten sposób spędzania wolnego czasu dominował także wśród osób (42%) dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kończyn dolnych, badanych przez Kuciel-Lewandowską et al. Ankietowani wybierali także inne formy spędzania wolnego czasu: 35% osób oglądało telewizję, 11% preferowało czytanie, 8% – jazdę na rowerze, a 4% chodziło na basen.²⁷ Podobnie odpowiedzi odnotowano w badaniu własnym. W innym badaniu w przypadku 54% respondentów wolny czas ograniczał się tylko do udziału w spotkaniach towarzyskich i rodzinnych. Około 10% osób chodziło do teatru, a 80% nie udzielało się w żadnych organizacjach społecznych, politycznych ani na Uniwersytecie Trzeciego Wieku.²¹

W badaniu Kuciel-Lewandowskiej et al., które objęło 26 osób z gonartrozą, 15 pacjentów określiło swoją aktywność fizyczną jako umiarkowaną, 6 – jako dużą, a 5 – jako małą.²⁷ Grupa w badaniu własnym była liczniejsza, w związku z czym więcej osób (n = 34) oceniło własną aktywność fizyczną jako umiarkowaną, 10 osób jako dużą, a 6 – jako małą.

W przeprowadzonych badaniach Mansournia et al. wykazali, że aktywność fizyczna osób dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych miała wpływ na ból stawu kolanowego, ale miała niewielki lub nie miała żadnego wpływu na wydajność funkcjonalną.²⁸

Kielbasa et al. wykazali, że największe ograniczenia i trudności z powodu gonartrozy w funkcjonowaniu w życiu codziennym były związane z bieganiem, ciężkimi pracami domowymi, wchodzeniem i wychodzeniem z wanny oraz schodzeniem i wchodzeniem po schodach.²⁵ Podobny rozkład odpowiedzi odnotowano w badaniu własnym, z przewagą czynności kłęknięcia na kolana, która nie występowała w badaniach Kielbasy et al. W badaniach Ho-Pham et al. najczęściej zgłaszanym problemem był ból podczas wchodzenia na piętro, a także podczas kucania.²⁹

Wnioski

Choroba zwyrodnieniowa stawów częściej występowała wśród kobiet. Występowanie tego schorzenia było związane z wiekiem. Badani pacjenci nie prowadzili aktywnego stylu życia, o czym świadczyły wartości wskaźnika BMI oraz preferowane formy spędzania wolnego czasu.

Ból nie miał wpływu na dotychczasową aktywność fizyczną pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych.

Piśmiennictwo

- Jasik A, Tałałaj M: Otyłość a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Post Nauk Med.* 2013;26(5B):14–18.
- Tomaszewski W: Terapia skojarzona glukozaminą i chondroityną w chorobie zwyrodnieniowej stawów w świetle najnowszych badań. *Ortop Traumatol Rehab.* 2014;16(5):555–560.
- Marczyński W, Białecki J: Analiza biologicznych możliwości „ochronny” chrząstki stawowej. *Ortop Traumatol Rehab.* 2013;15(5):509–515.
- Pop T, Skrzypek B, Pop K, Rusek W: Wpływ kriogimnastyki na poprawę sprawności funkcjonalnej i jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego. *Post Rehab.* 2012;3:27–33.
- Chojnacki M, Kwapisz A, Synder M, Szemrej J: Osteoartroza: etiologia, czynniki ryzyka, mechanizmy molekularne. *Post Hig Med Dośw.* 2014;68:640–652.
- Wierusz-Kozłowska M, Makuszewski J: Choroba zwyrodnieniowa stawów. [W:] *Ortopedia i Rehabilitacja. Tom II.* Red.: Marciniak W, Szulc A. Warszawa: PZWL; 2006:274–301.
- Modrzewski K, Gawęda K, Pałola J: Wskazania i cele uzdrowiskowego leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych. *Baln Pol.* 2004;46(1):14–19.
- Kopacz Ł, Lubkowska A, Bryczkowska I, et al.: Wartość terapeutyczna krioterapii miejscowej w leczeniu pacjentów z gonartrozą. *Fizjoter Pol.* 2015;15(1):6–14.
- Jarecki J: Epidemiology of primary gonarthrosis in patients aged over 40 years. *Zdr Publ.* 2009;19(2):144–147.
- Kuciel-Lewandowska J, Rygał P, Paprocka-Borowicz M, Kierzek A, Pozowski A: Ocena funkcjonalna pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Baln Pol.* 2009;51(4):300–305.
- Piecuch R, Targońska-Stępnik B, Majdan M: Aktualne poglądy na leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów. *Lekarz* 2008;6:81–88.
- Musumeci G, Concetta Aiello F, Szychlińska MA, Di Rosa M, Castrogiovanni P, Mobasheri A: Osteoarthritis in the XXIst Century: Risk Factors and Behaviours that Influence Disease Onset and Progression. *Int J Mol Sci.* 2015;16:6093–6112.
- Konieczny G, Wrzosek Z: Wybrane dysfunkcje narządu ruchu. [W:] *Podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny.* Bolanowski J, Demczysak I, Konieczny G. Warszawa: PZWL; 2011:51–55.
- Kochański B, Łabejszo A, Kałużny K, et al.: Knee Injury – a Diagnostic Procedure. *J Health Sci.* 2013;3(5):439–456.
- Petty NJ: Badanie rejonu stawu kolanowego. [W:] *Badanie i ocena narządu ruchu. Podręcznik dla fizjoterapeutów.* Red.: Petty NJ. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2010.
- Pop T, Hamerla K, Przysada G: Czynniki wpływające na redukcję bólu u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Prz Med Univ Rzesz.* 2007;4:335–345.
- Ząbek K, Golec J, Szczygiał E, et al.: Ocena jakości życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów. *Kwart Ortop.* 2010;3:466–473.
- Gajkowska-Wójcik B: Wybrane determinanty jakości życia z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. *Rozprawa doktorska UJ Collegium Medicum Wydział Lekarski.* Kraków 2007; 1–117. Dostępne: <http://www.dl.cm-uj.krakow.pl:8080/Content/1021/Doktorat.pdf> (data dostępu: 3.07.2016).
- Elbaz A, Debbi EM, Segal G, et al.: Sex and body mass index correlate with Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and quality of life scores in knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92:1618–1623.
- Woszczak M, Kucz K, Kijański M, Woszczak M: Ocena terapii skojarzonej polem magnetycznym niskiej częstotliwości i ultrafonoforezy u pacjentów z przewlekłą chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. *Fizjot Pol.* 2013;13(3):48–54.
- Gajewski T, Woźnica I, Młynarska M, Ćwikła S, Strzemecka J, Bojar I: Wybrane aspekty życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. *MONZ.* 2013;19(3):362–369.
- Bonikowska-Zgajńska M, Stróżyk M, Bandurska M, et al.: Zastosowanie masażu klasycznego z elementami masażu głębokiego oraz ultradźwiękami w chorobie zwyrodnieniowej stawów kolanowych (badania pilotowe). *Zeszyty Promocji Rehabilitacji, Ortopedii, Neurofizjologii i Sportu – IRONS.* 2013;2:17–22.
- Szczepańska P, Skalska-Izdebska R, Goraj-Szczypiorska B, Kurach A, Pałka T: Wpływ krioterapii miejscowej w leczeniu pacjentów z gonartrozą. *Young Sport Science.* 2012;3:269–278.
- Sierakowska M, Wróblewska W, Lewko J, et al.: Ocena problemów zdrowotnych pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zapotrzebowania na wsparcie i edukację zdrowotną. *Probl Pielęg.* 2011;19(3): 353–360.
- Kiełbasa J, Pawlik M, Kabat A: Ocena jakości życia i funkcjonowania pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych w zależności od wskaźnika BMI. *NiR.* 2012;12(4):63–73.
- Krekora K, Woldańska-Okońska M, Szymczak W, Wróblewski K, Długosz M: Ograniczenie sprawności u chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych w zależności od masy ciała. *Acta Balneol.* 2011;53(1):57–61.
- Kuciel-Lewandowska J, Marcinkiewicz N, Kierzek A, Pozowski A, Ratajczak B, Boerner E: Zdrowy styl życia a choroba zwyrodnieniowa stawów. *Acta Bio-Op Inform Med.* 2012;18(4):229–233.
- Mansournia MA, Danaei G, Forouzanfar MH, et al.: Effect of physical activity on functional performance and knee pain in patients with osteoarthritis: analysis with marginal structural models. *Epidemiology.* 2012;23(4):631–640.
- Ho-Pham LT, Lai TQ, Mai LD, Doan MC, Pham HN, Nguyen TV: Prevalence of Radiographic Osteoarthritis of the Knee and Its Relationship to Self-Reported Pain. *PLoS ONE.* 2014;4:1–7.

Ocena lęku przed porodem u kobiet ciężarnych

Assessment of fear in women before childbirth

Marzena Kaźmierczak^{1, A–F}, Marzanna Sołdyńska^{2, A–C, F}, Małgorzata Gierszewska^{3, A, C, F},
Grażyna Gebuza^{3, A, C, F}, Estera Mieczkowska^{3, A, C, F}

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

² Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Toruń

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Bydgoszcz

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):69–75

Adres do korespondencji

Marzena Kaźmierczak
e-mail: marzena.kazmierczak@cm.umk.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.03.2016 r.

Po recenzji: 4.04.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Ciąża dla większości kobiet to okres radosnego oczekiwania na narodziny dziecka, ale także czas przeżywania wielu negatywnych emocji. Jedną z nich, obserwowaną od dawna przez położników i psychologów, jest lęk przed porodem.

Cel pracy. Ocena nasilenia lęku przed porodem u ciężarnych kobiet oraz ustalenie związku wybranych zmiennych niezależnych z jego występowaniem.

Materiał i metody. Badaniem objęto 99 ciężarnych kobiet będących w 30. i powyżej 30. tygodnia ciąży. Lęk porodowy analizowano jako subiektywnie odczuwane przez kobiety natężenie lęku przed porodem. Za wskaźnik zmiennej przyjęto wynik według Kwestionariusza Lęku Porodowego (KLP-K) autorstwa L. Putyńskiego i M. Paciorka, który jest zbudowany z 9 pytań ocenianych na czteropunktowej skali. Im wyższy wynik, tym większe natężenie lęku porodowego.

Wyniki. Przeprowadzone badania wykazały, że 65,66% ciężarnych kobiet charakteryzował niski/przeciętny poziom lęku porodowego, 18,18% – podwyższony, 10,10% – wysoki i 6,06% – bardzo wysoki. Podjęto także próbę sprawdzenia, czy poziom lęku porodowego u kobiet ciężarnych był zróżnicowany wybranymi zmiennymi niezależnymi, takimi jak: rodność, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i status materialny. W badaniu własnym nie wykazano różnic istotnych statystycznie w poziomie lęku porodowego ze względu na wybrane zmienne socjodemograficzne i położnicze ($p > 0,05$).

Wnioski. Kobiety ciężarne w III trymestrze ciąży charakteryzował w większości niski/przeciętny poziom lęku przed porodem. Nasilenie lęku porodowego nie było związane z rodnością, wiekiem, wykształceniem, statusem materialnym i miejscem zamieszkania badanej próby kobiet.

Słowa kluczowe: ciąża, lęk przed porodem, Kwestionariusz Lęku Porodowego

Abstract

Background. For most women, pregnancy is a time of cheerful anticipation of a child's birth, but also a period when many negative emotions occur. One of the most frequently observed by obstetricians and psychologists is the fear of labor.

Objectives. The aim of this study is to evaluate the intensity of fear in women before labor and to analyze the relation between the occurrence of fear and selected variables.

DOI

10.17219/pzp/64034

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

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

Material and methods. Ninety-nine pregnant women in at least 30th week of pregnancy participated in the research. The fear of labor was analyzed in women as a subjective intensification of fear before the delivery. Results obtained in Labor Anxiety Questionnaire (KLP-K) created by L. Putyński and M. Paciorek was chosen as an indicator of the variable. The questionnaire consists of 9 questions, which can be answered in a 4 point-scale. The higher the result, the higher the fear of labor.

Results. The results show that 65.66% of pregnant women experienced fear of low/moderate intensity, 18.18% – increased, 10.10% – high, and 6.06% – very high. An attempt to check if the fear intensification in women was influenced by selected independent variables such as parity, age, education, place of residence, or economic status was also undertaken. Comparison of average values shows that higher average values were observed in the following groups: primigravidas, women older than 25, women with lower secondary or vocational education, women living in villages, and women of average economic situation. However, this difference was not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusions. Pregnant women who were in the 3rd trimester experienced mostly low/moderate fear of childbirth. The anxiety about childbirth did not correlate with the number of pregnancies, age, education, material status and place of residence of the sample group of women.

Key words: pregnancy, prenatal fear, Labour Anxiety Questionnaire

Wprowadzenie

Ciąża dla większości kobiet jest okresem radosnego oczekiwania na narodziny dziecka, ale także czasem przeżywania wielu negatywnych emocji. Jedną z tych emocji, obserwowaną od dawna przez położników i psychologów, jest lęk przed porodem.

Lęk, zarówno w psychologii, jak i psychiatrii, jest traktowany jako negatywna emocja lub nieokreślony niepokój spowodowany oczekiwaniem na zaistnienie zagrożenia. Niepokój ten jest zagadkowy, niejasny z uwagi na trudności w rozpoznaniu jego przyczyny. Osoba dotknięta lękiem odczuwa napięcie w mięśniach, narządach wewnętrznych oraz psychiczne. Słabe napięcie może pobudzać do aktywności fizycznej lub do większego wysiłku umysłowego, silne napięcie bywa natomiast paraliżujące. Człowiek jest wówczas niezdolny do logicznego myślenia, podejmowania decyzji, odczuwa fizyczne i psychiczne rozbieżności.¹

Ciąża to szczególny okres w życiu kobiety, w którym zachodzi wiele zmian i procesów w organizmie. Dynamika procesów jest intensywna, gdy weźmie się pod uwagę czas od początku ciąży aż do jej końca i zależy od wielu czynników, takich jak: cechy osobowościowe, sytuacja społeczna, najbliższe otoczenie. W ciąży kondycja psychiczna i potrzeby emocjonalne kobiet różnią się znacznie od innych okresów w życiu. Różnice dotyczą zmian osobowości w kierunku introwersji, zmniejsza się również poczucie niezależności i akceptacji siebie. W szczególności dotyczy to kobiet będących w pierwszej ciąży, dla których stan ten jest czymś nowym, nieznanym, wzbudzającym wiele sprzecznych emocji.² Oprócz osobniczych cech charakteru duże znaczenie w przeżywaniu ciąży mają negatywne doświadczenia, które zaistniały w czasie poprzednich ciąż, np. poronienie, ciąża pozamaciczna, ciąża obumarła, poród przedwczesny lub ciąża u kobiet młodocianych.³

Zjawisko lęku przed porodem jest od dawna obserwowane przez położników i psychologów, ale nie zostało zdefiniowane w sposób jednoznaczny. Problem dotyczy

rozdzielenia lęku od strachu. W literaturze anglojęzycznej częściej występuje określenie strach (fear of childbirth), choć niektórzy autorzy używają w swoich pracach pojęcia lęku, ale raczej w odniesieniu do ciąży (antenatal anxiety) niż porodu. Mimo że zjawisko to jest dość powszechnie występujące, nie udało się ustalić jednoznacznie poprawnej terminologii. Wiadome jest, że kobiety wykazujące silny strach związany z porodem charakteryzuje duża skłonność do reakcji lękowej.⁴

Tokofobia (z gr. *toko* – poród, *fobia* – strach, lęk) to stan patologicznego lęku przed ciążą i porodem.⁵ Zaliczana jest do zaburzeń lękowych niezbyt wyraźnie zdefiniowanych klinicznie z uwagi na słabo określone kryteria diagnostyczne.⁶ Badania na temat tego zjawiska były opisywane w literaturze już w 1897 r., ale ostatnio znów zwiększa się zainteresowanie tą problematyką. Istnieje podział tokofobii na pierwotną, wtórną i będącą objawem depresji.⁵

U kobiet, u których rozpoznano tokofobię pierwotną paniczny strach przed ciążą i porodem powoduje odsunięcie w czasie lub całkowitą rezygnację z ciąży. Tokofobia przyczynia się w dużej mierze do uzyskania od lekarza położnika gwarancji dotyczącej zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego.⁷ Tokofobia wtórna pojawia się na skutek traumatycznego przebiegu porodu, poronienia, narodzin martwego dziecka, ale występuje również po przebyciu normalnego, fizjologicznego porodu.⁸ Według niektórych badaczy lęk dotyczący narodzin może być objawem depresji okołoporodowej. Ten rodzaj tokofobii charakteryzuje się występowaniem obsesyjnych myśli, które podsuwają ciężarnej czarne scenariusze dotyczące porodu. Przyszła matka jest przekonana, że nie jest w stanie urodzić swojego dziecka lub że umrze podczas porodu.⁹

Pierwsze badania dotyczące częstości występowania tokofobii przeprowadziła Areskog około 30 lat temu. W grupie 139 badanych kobiet w III trymestrze ciąży około 17% wykazało umiarkowany poziom niepokoju, a u 6% poziom lęku był wysoki.¹⁰ Liczne wyniki badań wykazują, że najwyższy poziom lęku przed porodem dotyczył kobiet

w III trymestrze ciąży i był uzależniony od czynników społeczno-ekonomicznych ciężarnej, liczby przebytych porodów, typu osobowości¹¹ oraz występował dość powszechnie, zarówno u pierwiastek, jak i wieloródek.⁶ Niektórzy badacze uważają, że częstość występowania lęku przed porodem jest uwarunkowana kulturowo i bardziej powszechna na obszarach miejskich.¹² Sjögren w swoim badaniu wykazał, że lęk porodowy u kobiet ciężarnych był związany z brakiem zaufania do personelu medycznego, obawą przed śmiercią własną bądź dziecka, utratą kontroli nad przebiegiem porodu. Lęk przed bólem porodowym był również ważnym determinantem lęku, ale nie dominującym.¹³ Negatywne doświadczenia związane z poprzednią ciążą i porodem, zwłaszcza takim, podczas którego dochodziło do interwencji medycznych, również powodują występowanie lęku przed porodem. Według Saisto et al.⁶ czynnikami determinującymi występowanie lęku porodowego były: poprzedni przebieg porodu, a w związku z tym ubieganie się o zakończenie obecnej ciąży drogą cięcia cesarskiego, lęk przed bólem, niska samoocena ciężarnej kobiety, brak wsparcia i niezadowolenie z partnera. Ważnym elementem wpływającym korzystnie na zmniejszenie obaw związanych z porodem jest wsparcie ze strony partnera. Niezadowolenie z wyboru partnera życiowego, brak pozytywnych, wzajemnych relacji przyczyniają się do lęku związanego z ciążą i porodem, a nawet bywają przyczyną depresji. Każda kobieta z uwagi na zmiany zachodzące w organizmie spowodowane ciążą oczekuje od partnera wsparcia, zarówno w czasie porodu, jak i opiece nad dzieckiem. W sytuacji braku wsparcia następuje potęgowanie negatywnych odczuć, depresyjnych myśli, będących predyktorami lęku przed porodem. Zaobserwowano, że w przypadku istnienia wsparcia kobiety z neurotyczną osobowością wykazują niższy poziom lęku przed porodem.¹⁴

Wyniki wielu badań wskazują na istnienie powiązań dotyczących pewnych cech osobowości wpływających na występowanie zjawiska tokofobii. Cechy, takie jak: neurotyczność, lęk uogólniony, podatność na zranienie, reakcje lękowe istniejące poza okresem ciąży w znacznym stopniu nasilają się w okresie ciąży i porodu.¹⁵ Według Siebera et al.¹⁴ predyktorem lęku przed porodem jest lęk w postaci fobii, a nie lęk uogólniony. Pozytywnie wpływającą na zmniejszenie lęku przed porodem cechą osobowości jest wysoka samoocena i poczucie własnej skuteczności,¹⁴ natomiast brak asertywności, niska samoocena, negatywny nastrój zwiększają odczucia lękowe. Cechy osobowości mają znaczny wpływ na występowanie satysfakcji z ciąży i porodu. Kobiety skłonne do reagowania lękiem odczuwają większe niezadowolenie z opieki prenatalnej, nie mają satysfakcji z porodu nawet przy jego prawidłowym przebiegu.¹⁵

W wielu badaniach podjęto próbę ustalenia, czy predyktorami lęku porodowego mogą być czynniki socjodemograficzne. Laursen et al.¹⁶ odnotowali lęk przed porodem we wczesnej ciąży (16 tydzień) u 7,6% kobiet i 7,4%

w 32. tygodniu ciąży. Jedynie 3,2% kobiet odczuwało lęk przed porodem w obu wywiadach. Badanie przeprowadzono wśród 30 480 zdrowych kobiet w ciąży pojedynczej. Zmienne, takie jak: niski poziom wykształcenia, młody wiek, brak wsparcia społecznego, bezrobocie miały związek z występowaniem lęku przed porodem. W badaniach Makary-Studzińskiej et al.¹⁷ objawów lęku często doświadczały kobiety niezamężne, bezrobotne i w złej sytuacji ekonomicznej. Wyższe poczucie własnej wartości, prawidłowe relacje z partnerem i satysfakcjonujące wsparcie społeczne miały wpływ na mniejszą częstość występowania objawów lękowych w ciąży.

Dobrostan kobiety i jej stan emocjonalny mają istotne znaczenie dla rozwoju płodu i przebiegu porodu. W Polsce lęk przed porodem jest badany niezwykle rzadko, bagatelizuje się jego znaczenie. Aby uzyskać pełny obraz sytuacji kobiet w okresie porodu, korzystne byłoby dokonanie pomiaru lęku porodowego u kobiet ciężarnych, co pozwoliłoby na zaplanowanie profesjonalnej opieki położniczej.

Celem pracy była ocena nasilenia lęku przed porodem u kobiet ciężarnych oraz ustalenie związku wybranych zmiennych niezależnych z jego występowaniem.

Materiał i metody

Badaniem objęto 99 kobiet ciężarnych będących w 30. i powyżej 30. tygodnia ciąży, które były hospitalizowane na Oddziale Klinicznym Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Toruniu. Badania realizowano po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Projekt badawczy przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia badawczego, jakim był Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP-K) autorstwa Putyńskiego i Paciorka (po uprzednim uzyskaniu zgody autorów) oraz kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Dobór respondentek był celowy, a udział w badaniu dobrowolny. Kobiety ciężarne wyraziły pisemną zgodę na udział w projekcie po uprzednim udzieleniu pełnej informacji o celu badania. Kwestionariusz ankiety składał się z 11 pytań z zakresu danych socjodemograficznych (m.in.: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, status materialny, stan cywilny) oraz pytań dotyczących rodności (pierworódka, wieloródka).

Lęk porodowy analizowano w niniejszej pracy jako subiektywnie odczuwane przez kobiety natężenie lęku przed porodem. Za wskaźnik zmiennej przyjęto wynik według Kwestionariusza Lęku Porodowego (KLP-K) autorstwa Putyńskiego i Paciorka. Jest to skringowe narzędzie samoopisu do pomiaru natężenia lęku porodowego, zbudowane z 9 pytań ocenianych na czteropunktowej skali od „zdecydowanie tak” do „zdecydowanie nie”. Wynik ogólny jest sumą punktów uzyskanych dla wszystkich 9 pytań. Im

wyższy wynik, tym większe natężenie lęku porodowego. Wynik do 13 punktów oznacza niski i przeciętny poziom lęku porodowego, 14–15 punktów – podwyższony poziom lęku porodowego, 16–17 punktów – wysoki poziom lęku porodowego, a wynik powyżej 18 punktów – bardzo wysoki poziom lęku porodowego. Stwierdzenia w Kwestionariuszu KLP-K obejmują:

1. Obawiam się, że mój poród będzie długi.
2. Wiem, że w czasie porodu będę całkowicie panowała nad sytuacją.
3. Martwię się, że moje dziecko może urodzić się z jakąś wadą.
4. Czuję, że w czasie porodu znajdą jakieś nieprzewidziane komplikacje.
5. Jestem przekonana, że podczas porodu będę spokojna i opanowana.
6. Boję się, że mój poród będzie bolesny.
7. Jestem przekonana, że po porodzie szybko dojdę do siebie.
8. Obawiam się, że moje dziecko może zostać uszkodzone w czasie porodu.
9. Oczekiwanie na poród to dla mnie bardzo radosny okres.¹⁸

Wiek respondentek mieścił się w przedziale 19–45 lat, średnia: 30 lat (30,18), a odchylenie standardowe: 4,5 roku ($S/D = 4,72$). Większość, tj. około 76,7% ciężarnych kobiet, mieszkała w mieście, a 23,3% na wsi. Sytuację ekonomiczną jako dobrą określiło 59% badanych, a jako średnią – 40%. Żadna z badanych kobiet ciężarnych nie oceniła swojej sytuacji ekonomicznej jako złej. Największą grupę stanowiły respondentki z wykształceniem wyższym (69,7%), a następnie z wykształceniem średnim (20,2%). Zdecydowanie mniej było kobiet z wykształceniem gimnazjalnym (4%) i zawodowym (5%). Sto procent ciężarnych kobiet w czasie badania pozostawało w związkach, najczęściej były to związki małżeńskie, które zadeklarowało 77,7% ogółu badanych, 22,2% stanowiły związki partnerskie. Pierworódki stanowiły 61,6% badanej próby, a wieloródki – 38,3%.

Analizę badań przeprowadzono z wykorzystaniem możliwości programu Microsoft Office Excel 2007 oraz pakietu programów do obliczeń statystycznych STATISTICA 10.0. Współzależność między dwiema zmiennymi obliczono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana i nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya do oceny różnic jednej cechy między dwoma populacjami (grupami). Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$ jako istotny statystycznie.

Wyniki

Na podstawie analizy kwestionariusza KLP-K, który zastosowano do badania nasilenia lęku porodowego u 99 ciężarnych kobiet, uzyskano następujące dane: 65,6% wykazało niski/przeciętny poziom lęku porodowego, 18,1% – podwyższony, 10,1% – wysoki, a 6% – bardzo wysoki. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Poziom lęku porodowego w grupach pierworódek i wieloródek

Table 1. The level of fear of labor in groups of primigravidas and multigravidas

Poziom lęku wg KLP-K	Rodność			
	pierworódka		wieloródka	
	n	%	n	%
Niski i przeciętny	38	62,30	27	71,05
Podwyższony	11	18,03	7	18,42
Wysoki	6	9,84	4	10,53
Bardzo wysoki	6	9,84	0	0,00
Ogółem	61	100,00	38	100,00

W pracy podjęto próbę sprawdzenia, czy poziom lęku porodowego jest zróżnicowany taką zmienną niezależną, jak „rodność” (pierworódki, wieloródki). Wyższy wskaźnik niskiego/przeciętnego poziomu lęku porodowego odnotowano w grupie wieloródek (71,1%), przy braku bardzo wysokich wyników w grupie pierworódek (62,3%). Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy między poziomem lęku a badanymi grupami ($p = 0,25$) (tab. 2). Należy więc wnioskować, że poprzednie doświadczenia z porodów nie wpływają na obniżenie lub podwyższenie poziomu lęku, a każdy następny poród jest nowym wyzwaniem i doświadczeniem w życiu kobiety.

Aby ustalić, czy poziom lęku porodowego u kobiet ciężarnych różnicują wybrane zmienne socjodemograficzne, analizie statystycznej poddano następujące wskaźniki: wiek, wykształcenie, sytuację materialną i miejsce zamieszkania badanej populacji. U kobiet w przedziale wiekowym 20–25 lat stwierdzono najwyższy poziom lęku przed porodem (25%), a średnia lęku porodowego w tej grupie wynosiła 13,33 pkt. Analizując lęk porodowy w poszczególnych grupach wiekowych, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie ($p = 0,266$). Dane statystyczne przedstawiono w tabelach 3–5. Najwyższy wskaźnik niskiego/przeciętnego poziomu lęku porodowego odnotowano u kobiet z wykształceniem średnim (90%), najniższy natomiast w grupie

Tabela 2. Różnice w poziomie lęku porodowego w grupach pierworódek i wieloródek

Table 2. Differences in the level of fear of labor in groups of primigravidas and multigravidas

Sum. Rang pierwiastka	Sum. Rang wieloródka	U	Z	Z popr.	Poziom p	n ważn. pierwiastka	n ważn. wieloródka
3183,5	1766,5	1025,5	0,957	1,136	0,256	61	38

Tabela 3. Poziom lęku porodowego z uwzględnieniem grup wiekowych**Table 3.** The level of fear of labor with respect to age groups

Poziom lęku wg KLP-K	Wiek							
	20–25 lat		26–30 lat		31–35 lat		35–40 lat	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Niski i przeciętny	8	66,67	27	57,45	23	82,14	7	58,33
Podwyższony	0	0,00	13	27,66	2	7,14	3	25,00
Wysoki	1	8,33	6	12,77	2	7,14	1	8,33
Bardzo wysoki	3	25,00	1	2,13	1	3,57	1	8,33
Ogółem	12	100,00	47	100,00	28	100,00	12	100,00

Tabela 4. Wartości średnie poziomu lęku porodowego z uwzględnieniem grup wiekowych**Table 4.** The mean values of the level of anxiety of labor with respect to age groups

Grupa wiekowa	n	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Min.	Maks.	Q25	Mediana	Q75
Do 25 lat	12	13,33	4,459	10,50	16,17	7,0	22,0	11,0	11,5	17,0
26–30 lat	47	12,70	2,781	11,89	13,52	7,0	20,0	11,0	13,0	15,0
31–35 lat	28	11,18	3,580	9,79	12,57	4,0	21,0	9,5	11,0	13,0
36–40 lat	12	13,08	3,029	11,16	15,01	7,0	18,0	11,5	13,0	15,0

Tabela 5. Korelacje wieku i poziomu lęku porodowego**Table 5.** Correlations between age and the level of fear of labor

n	R	t (N-2)	p
99	–0,113	–1,119	0,266

Tabela 6. Poziom lęku porodowego ze względu na wykształcenie**Table 6.** The level of fear of labor with respect to education

Poziom lęku wg KLP-K	Wykształcenie					
	gimnazjalne/zawodowe		średnie		wyższe	
	n	%	n	%	n	%
Niski i przeciętny	6	60,00	18	90,00	41	59,42
Podwyższony	2	20,00	1	5,00	15	21,74
Wysoki	0	0,00	1	5,00	9	13,04
Bardzo wysoki	2	20,00	0	0,00	4	5,80
Ogółem	10	100,00	20	100,00	69	100,00

Tabela 7. Korelacje wykształcenia i poziomu lęku porodowego**Table 7.** Correlations between education and the level of fear of labor

n	R	t (N-2)	p
99	0,153	1,528	0,130

z wykształceniem wyższym (59,4%), przy równie niskim wskaźniku bardzo wysokiego poziomu lęku (5,8%). Dane z obserwacji przedstawia tabela 6. Analizując wykształcenie i poziom lęku przed porodem, nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($p = 0,130$) (tab. 7). W badaniu zaobserwowano niski/przeciętny poziom lęku przed porodem u kobiet mających dobry status materialny (69,5%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 8. W badanej

Tabela 8. Poziom lęku porodowego ze względu na status materialny**Table 8.** The level of fear of labor with respect to the economic status

Poziom lęku wg KLP-K	Status materialny			
	dobry		średni	
	n	%	n	%
Niski i przeciętny	41	69,49	24	60,00
Podwyższony	8	13,56	10	25,00
Wysoki	7	11,86	3	7,50
Bardzo wysoki	3	5,08	3	7,50
Ogółem	59	100,00	40	100,00

Tabela 9. Różnice w poziomie lęku porodowego w grupach statusu materialnego

Table 9. Differences in the level of fear of labor in groups of comparable economic status

Sum. Rang średni	Sum. Rang dobry	U	Z	Z popr.	Poziom p	n ważn. średni	n ważn. dobry
2092,0	2858,0	1088,0	0,652	0,774	0,439	40	59

Tabela 10. Różnice w poziomie lęku porodowego w grupach miejsce zamieszkania

Table 10. Differences in the level of fear of labor in groups classified by place of residence

Sum. Rang miasto	Sum. Rang wieś	U	Z	Z popr.	Poziom p	n ważn. miasto	n ważn. wieś
3836,5	1113,5	837,5	0,298	0,354	0,723	76	23

Tabela 11. Poziom lęku porodowego ze względu na miejsce zamieszkania

Table 11. The level of fear of labor with respect to the place of residence

Poziom lęku wg KLP-K	Miejsce zamieszkania			
	miasto		wieś	
	n	%	n	%
Niski i przeciętny	49	64,47	16	69,57
Podwyższony	15	19,74	3	13,04
Wysoki	7	9,21	3	13,04
Bardzo wysoki	5	6,58	1	4,35
Ogółem	76	100,00	23	100,00

grupie analizowano poziom lęku przed porodem i status materialny w poszczególnych grupach kobiet. W wyniku obserwacji nie stwierdzono istotnej różnicy ($p = 0,43$) (tab. 9). Większy odsetek niskiego/przeciętnego poziomu lęku porodowego zaobserwowano u kobiet mieszkających zarówno na wsi (69,6%), jak i w mieście (64,5%). Analizując poziom lęku przed porodem, nie zaobserwowano różnic między kobietami ze względu na miejsce zamieszkania. Szczegółowe dane statystyczne zawarto w tabelach 10 i 11.

Omówienie

Czynnikami opisywanymi w literaturze, które predysponowały do występowania lęku przed porodem u kobiet ciężarnych były: czynniki biologiczne (ból), psychologiczne (osobowość, przeżycia traumatyczne poprzedniego porodu) oraz społeczne (brak wsparcia).⁴

W niniejszej pracy podjęto próbę ustalenia, czy istnieją zmienne socjodemograficzne i położnicze, które różnicują poziom lęku przed porodem u ciężarnych kobiet. Analizowano poziom nasilenia lęku porodowego u kobiet ciężarnych w III trymestrze ciąży za pomocą Kwestionariusza Lęku Porodowego (KLP-K) według Putyńskiego i Paciorka. Wyniki poziomu lęku kształtowały się następująco: bardzo wysoki poziom lęku odnotowano u 6% kobiet, wysoki – u 10,1%, podwyższony – u 18,1%, a niski/przeciętny – u 65,6% respondentek. Areskog podaje występowanie umiarkowanego lęku przed porodem u 17%

ciężarnych kobiet, a o wysokim nasileniu u 6% badanych.¹⁰ W badaniach przeprowadzonych w Szwecji przez Zar et al. silny lęk odczuwało 2,4% ciężarnych kobiet.¹⁹ W badaniach Melender aż 80% respondentek doświadczyło pewnej formy niewielkiego lęku.²⁰ W badaniach własnych uzyskano wyniki sprzeczne do wyżej przedstawionych.

Według Saisto i Halmesmaki znacznie silniejszego lęku przed porodem doświadczają młodsze kobiety ciężarne, mające niższe wykształcenie oraz będące w gorszej sytuacji materialnej.⁶ Nie potwierdzają tego badania przeprowadzone przez Błaszczak et al., które pokazują, że lęk przed porodem zależy od wieku kobiet – najwyższy poziom lęku odnotowano u respondentek mających 20–25 lat. Wykształcenie i status materialny nie miały związku z wystąpieniem lęku przed porodem.²¹ W badaniach przeprowadzonych przez Bączyk et al.²² podwyższony poziom lęku przed porodem odnotowano u kobiet powyżej 36. roku życia. Czerwiak et al.²³ zaobserwowali, że głównym czynnikiem ryzyka występowania zaburzeń emocjonalnych w okresie okołoporodowym jest status ekonomiczny respondentek. W badaniach własnych nie wykazano różnic istotnych statystycznie w poziomie lęku porodowego u badanych kobiet ze względu na wybrane zmienne niezależne: wiek, wykształcenie i sytuację materialną. Lęk przed porodem jest uwarunkowany również podłożem kulturowym. Według badaczy kobiety z obszarów miejskich wykazują wyższy poziom lęku niż kobiety z obszarów wiejskich.¹² Badania własne nie potwierdzają istotnej statystycznie różnicy w poziomie lęku przed porodem ze względu na miejsce zamieszkania badanych kobiet.

Błaszczak et al.²¹ na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet w okresie okołoporodowym zaobserwowali, że dane istotne statystycznie dotyczyły wieloródek, u których zaznaczył się wysoki poziom „lęku jako stanu”. Wyniki Błaszczak potwierdzają badania przeprowadzone przez Melender, które wykazały podwyższony poziom lęku u kobiet po przebytych porodach jako skutek negatywnych doświadczeń położniczych.²⁰ W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w poziomie lęku porodowego z uwzględnieniem grup pierworódek i wieloródek.

Ze względu na obserwowane zwiększanie się liczby cięć cesarskich na życzenie kobiet, które w skali światowej wynosi 0,3–14%, badacze zagadnienia podkreślają wagę problemu, jakim jest lęk przed porodem oraz sugerują metody wczesnego wykrywania i postępowania zmierzającego do jego zminimalizowania.²⁴ Podstawę leczenia patologicznego lęku przed porodem stanowią metody psychoterapeutyczne polegające na tworzeniu zespołów, w skład których wchodzi położna, lekarz oraz psycholog, nastawionych na identyfikację oraz odpowiednie postępowanie leczniczo-profilaktyczne.⁵ Stosowaną metodą zminimalizowania lęku przed porodem jest uczestnictwo przyszłych rodziców w zajęciach szkoły rodzenia. Wiedza zdobyta podczas zajęć pomaga przygotować uczestników do pełnienia nowych rodzicielskich postaw.²⁵ Inną skuteczną formą psychoprofilaktyki lęku przed porodem jest obecność zaufanej położnej, która zna mechanizmy, jakim podlega rodząca podczas porodu i w związku z tym potrafi stworzyć odpowiednie warunki do tego, aby kobieta mogła podążyć za tym, co dzieje się z jej ciałem i urodzić swoje dziecko.²⁶

Wnioski

Kobiety ciężarne w III trymestrze ciąży charakteryzowały w większości niski/przeciętny poziom lęku przed porodem.

Nasilenie lęku porodowego nie było związane z rodnością, wiekiem, wykształceniem, statusem materialnym i miejscem zamieszkania badanych kobiet.

Piśmiennictwo

1. Kępiński A: Lęk. Kraków: Wyd. Sagittarius; 1992:13–14.
2. Libera A: Problemy psychologiczne okresu ciąży. [W:] Psychologia w położnictwie i ginekologii. Red.: Makara-Studzińska M, Iwanowicz-Palus G. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2009:154–177.
3. Koszewska I: O depresji w ciąży i po porodzie. Warszawa: PZWL; 2010.
4. Guszowska M: Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury. *Perinat Neonat Ginekol.* 2012;5(3):154–161.
5. Billert H: Tokofobia – problem multidyscyplinary. *Ginekol Pol.* 2007;78:807–811.
6. Saisto T, Halmesmaki E: Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:201–208.
7. Hofberg KM, Brockington IF: Tokophobia: a morbid dread of childbirth its presence in Great Britain and Grand Cayman, British West Indies. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2001;22–96.
8. Hofberg K, Ward MR: Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003;79:505–510.
9. Hofberg K, Brockington I: Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.* 2000;176:83–85.
10. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B: Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynekol Obstet Invest.* 1981;12:262–266.
11. Rofe EL, Blittner M, Lewin I: Emotional experience in the three trimesters of pregnancy. *J Clin Psychol.* 1993;49:3–12.
12. DiRenzo GC, Polito PM, Volpe A, Anceschi MM, Guidetti R: A multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1984;3:155–1163.
13. Sjögren B: Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1997;18:266–272.
14. Sieber S, Germann N, Barbir AU, Ehler U: Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychological adaptation in healthy pregnant women. *Acta Obstet Gynecol.* 2006;85:1200–1207.
15. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E: Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:39–45.
16. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C: Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG.* 2008;115(3):354–360.
17. Makara-Studzińska M, Moryłowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Goździewska M: Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Ann Agric Environ Med.* 2013;20(1):195–202.
18. Putyński L, Paciorek M: Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) wersja zrewidowana – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica.* 2008;12:129–133.
19. Zar M, Wijma K, Wijma B: Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther.* 2001;30:75–84.
20. Melender HL: Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth.* 2002;29:101–111.
21. Błaszczak A, Pilch D, Szamlewska B: Badanie poziomu lęku kwestionariuszem STAI C.D. Spielberga u kobiet w okresie okołoporodowym. *Perinat Neonat Ginekol.* 2011;4(3):163–168.
22. Bączyk G, Cebulska V, Koźlak V, Michalak M, Bajek A, Marcinkowski JT: Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. *Probl Hig Epidemiol.* 2011;92(4):774–777.
23. Czerwiak G, Michalska M, Zdziebło K: Problemy emocjonalne związane z porodem. *Ann Acad Med Siles.* 2006;60:31–34.
24. Cekański A: Tokofobia – lęk przed porodem naturalnym – prośba o cięcie cesarskie. *Przeegl Gin Pol.* 2009;9(2):31–33.
25. Lisius E, Michalik A: Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia jako forma psychoprofilaktyki. *Położna. Nauka i Praktyka.* 2008;4:42–49.
26. Tataj-Puzyna U: Jak położna może wpłynąć na zmniejszenie lęku przed porodem? *Położna. Nauka i Praktyka.* 2011;2(4):58–62.

Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej

Professional burnout of palliative care nurses

Ewa Wilczek-Rużyczka^{1, A, C, E, F}, Iwona Zaczek^{2, C, D}, Katarzyna Obrzut^{3, A–C}

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

² Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Nowy Sącz

³ Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Nowy Sącz

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):77–83

Adres do korespondencji

Iwona Zaczek

e-mail: iwonazaczek@interia.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.02.2016 r.

Po recenzji: 7.04.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 4.07.2016 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Problem wypalenia zawodowego (burnout syndrome) najczęściej dotyka osób pracujących w zawodach społecznych związanych z pomaganiem innym ludziom. Do tej grupy zawodowej należą między innymi pielęgniarki. Szczególnie narażone na wystąpienie tego zjawiska są pielęgniarki pracujące na oddziałach opieki paliatywnej i w hospicjach. Swoiste środowisko pracy, stres, zmęczenie fizyczne i psychiczne, towarzyszenie pacjentowi umierającemu niewątpliwie przyczyniają się do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego.

Cel pracy. Rozpoznanie skali problemu wypalenia zawodowego na poszczególnych jego wymiarach u pielęgniarek opieki paliatywnej.

Materiał i metody. Badaniami objęto 50 pielęgniarek pracujących na oddziałach medycyny paliatywnej oraz w hospicjach w województwach małopolskim i podkarpackim. W pracy wykorzystano kwestionariusz MBI (Maslach Burnout Inventory) oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że ponad połowa respondentek jest bardzo wyczerpana emocjonalnie. Głównym tego powodem jest to, że praca z osobą terminalnie chorą wymaga emocjonalnego zaangażowania. Wśród zbadanych pielęgniarek 40% rozpoznaje u siebie depersonalizację. Przeprowadzone badania wykazały również, że większość pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej zauważyła u siebie utratę osiągnięć osobistych na bardzo wysokim poziomie.

Wnioski. Pielęgniarki zajmujące się opieką paliatywną są wypalone zawodowo. Większość ankietowanych odczuwa wyczerpanie emocjonalne i obniżone poczucie dokonań osobistych na wysokim poziomie. Cierpią na takie zaburzenia, jak bezsenność, nerwica czy depresja i nie radzą sobie ze stresem. Z przeprowadzonych badań wynika również, że respondentki odczuwają satysfakcję z wykonywanej pracy, ale nie mają satysfakcji z zarobków. Wypalenie zawodowe jest mniejsze (co potwierdzono testem zgodności χ^2) u osób deklarujących lepsze radzenie sobie ze stresem, mających wsparcie emocjonalne oraz satysfakcję z zarobków. Pracodawcy powinni rozważyć stworzenie wspierającego środowiska pracy. Cel ten mogą osiągnąć przez szkolenie personelu zarządzającego, podkreślanie znaczenia pracy zespołowej, dobre zarządzanie czasem pracy. Duże znaczenie będzie miała także opieka psychologiczna oraz odpowiednie motywowanie pracowników.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, wypalenie zawodowe, MBI

DOI

10.17219/pzp/64031

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Abstract

Background. Burnout syndrome most often affects people working in social professions related to helping other people, e.g., professional nurses. Nurses working in palliative care wards and hospices are particularly vulnerable to this problem. The specific work environment, stress, physical and mental fatigue of accompanying dying patients undoubtedly contribute to the burnout onset.

Objectives. The aim of this study was to identify the extent of the problem of burnout on each of its dimensions among palliative care nurses.

Material and methods. The study included 50 nurses working in palliative care wards and hospices in Małopolska and Podkarpackie regions. We used Maslach Burnout Inventory questionnaire (MBI) and own questionnaire.

Results. The study showed that more than half of the respondents show a high level of emotional exhaustion. Such high scores are affected by the fact that working with terminally ill patients requires emotional involvement. Among the surveyed nurses, 40% of respondents revealed a high level of depersonalization. The study also showed that the majority of nurses exhibit a very high level of losing personal achievements.

Conclusions. Palliative care nurses are burned out and unsatisfied with their earnings and do not have the ability to cope with stress. Employers should consider creating a supportive work environment. This objective can be achieved through training of management personnel, emphasizing the importance of teamwork, and proper time management.

Key words: nurses, burnout, MBI

Wprowadzenie

Pojęcie wypalenia zawodowego zostało wprowadzone do literatury dopiero w latach 70. XX w., choć jak twierdzą niektórzy naukowcy, istniało o wiele wcześniej. Poszczególni badacze różnie definiują to jakże szerokie zagadnienie, które jest rozpatrywane w zależności od jego komponentów. Pojęcie wypalenie (burnout) zostało po raz pierwszy użyte przez amerykańskiego psychiatrę Herberta Freudenberga w 1974 r., który zdefiniował je jako „(...) spadek energii u pracowników pojawiający się na skutek przytłoczenia ich problemami innych. Stan ten dotyczy ludzi, którzy w ramach pracy zawodowej wchodzą w reakcje interpersonalne nacechowane dużym ładunkiem emocjonalnym”.¹

Maslach, autorka najbardziej znanych publikacji związanych z wypaleniem zawodowym, razem ze swoją współpracownicą Jackson zdefiniowały wypalenie zawodowe jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób, które pracują z innymi ludźmi w pewien określony sposób”. Według autorki „wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone”. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usługi świadczonej przez daną osobę lub opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonania osobistych odnosi się do zmniejszenia poczucia własnych kompetencji i sukcesów w pracy.^{2,3}

Charakterystyczną cechą wypalenia zawodowego odróżniającą je od innych pojęć, takich jak stres związany z pracą, zmęczenie, alienacja, depresja czy kryzys emocjonalny, jest to, że wypalenie stanowi zawsze końcowy wynik procesu stopniowej utraty złudzeń, rozczarowania co do możliwości znalezienia sensu życia i pracy zawodowej. Stres

lub zmęczenie może zdarzyć się każdemu na skutek wielu sytuacji życiowych. Wypalenie natomiast przytrafia się osobom, które przez długi czas znajdują się w sytuacjach emocjonalnie obciążających, podjęły pracę w danym zawodzie w oczekiwaniu, że będą czerpać z pracy poczucie sensu życia. Według Pines, autorki egzystencjalnego modelu wypalenia zawodowego, jego główną przyczyną tkwi w potrzebie sensu życia. Brak poczucia sensu życia uniemożliwia rozwój osobowy. Pines et al. definiują wypalenie jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania wywołanego długotrwałym zaangażowaniem w sytuację zbyt obciążającą emocjonalnie. Fizyczne wyczerpanie łączy się ze spadkiem energii i siły, poczuciem ciągłego zmęczenia oraz słabości i towarzyszą temu psychosomatyczne i fizyczne dolegliwości. Natomiast wyczerpanie emocjonalne to zarówno bezradność czy brak nadziei, jak i poczucie osaczenia albo zablokowania, podczas gdy wyczerpanie psychiczne przejawia się obecnością negatywnych postaw wobec siebie, pracy i własnego życia”.

Model egzystencjalny Pines jest modelem motywacyjnym. Autorka zakłada, że tylko osoby mające dużą motywację mogą się wypalić. Wypalenie zawodowe to zespół objawów, które występują łącznie. Są jednak indywidualne dla każdej osoby i przybierają różną intensywność. Część tych objawów może pozostawać nieuświadomioną oznaką problemu. Osoba nim dotknięta stosuje wiele mechanizmów obronnych, np.: tłumaczy sobie, że uległa chwilowej niedyspozycji lub ma kłopoty rodzinne. Nie zdaje sobie sprawy lub nie przyjmuje do wiadomości, że uległa wypaleniu.⁴

Wypalenie nazwane z czasem syndromem wyczerpania opisał również Burisch, który zdefiniował je jako „powoli zaczynający się lub nagle ujawniający się stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego, występujący w życiu zawodowym, w czasie pracy, w kręgu przyjaciół, w związku partnerskim i w rodzinie, często połączony z awersją, mdłościami i myślami o ucieczce”.⁵

Wypalenie zawodowe w opiece paliatywnej

Opiekę nad pacjentem terminalnie chorym sprawuje wieloosobowy zespół terapeutyczny składający się z: lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, kapelana, wolontariuszy. Zadaniem tego interdyscyplinarnego zespołu jest sprawowanie holistycznej opieki nad pacjentem, ponieważ nieuleczalna choroba przenika wszystkie sfery jego życia.⁶ Bardzo ważną rolę w całym zespole terapeutycznym odgrywa pielęgniarka. To właśnie ona towarzyszy pacjentowi na co dzień w jego bólu i cierpieniu. Jej praca polega nie tylko na wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych lub zleceń lekarskich, ale bardzo często spotyka się w niej z problemami natury psychologicznej, egzystencjalnej i moralnej. Te bardzo trudne zadania ciążące na pielęgniarkach wymagają od niej przede wszystkim dojrzałości emocjonalnej, silnej, ugruntowanej osobowości, delikatności, empatii, dobrego przygotowania teoretycznego i praktycznego do wykonania tego zadania.⁷ „Postępowanie z chorym umierającym wymaga od opiekującego się nim personelu zaakceptowania nieuchronności śmierci, co oznacza zapewnienie osobie umierającej komfortu życia i komfortu umierania dającego poczucie sensu i godności”⁸. Częste obcowanie ze śmiercią i umieraniem nie pozostaje obojętnym zjawiskiem dla personelu pomagającego, wiąże się z przeżywaniem wielu negatywnych emocji, które z czasem mogą doprowadzić do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego (burnout syndrome).^{9,10}

Środowisko pracy a problem wypalenia zawodowego pielęgniarek paliatywnych

Analizując problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek paliatywnych, należy również zwrócić uwagę na środowisko pracy i wymagania stawiane w pracy. Badania dowodzą, że istnieje związek między środowiskiem pracy i wymaganiami stawianymi w pracy a występowaniem zjawiska wypalenia zawodowego.¹¹ Oczywiście ważne znaczenie ma to, czy wymagania stawiane w pracy stanowią wyzwanie, czy przeszkodę. Ma to ogromne znaczenie w takich zawodach, jak pielęgniarstwo. Wyzwanie bowiem wspiera rozwój zawodowy i osobisty, a pracownik widzi w wyzwaniu możliwość podniesienia swoich kwalifikacji i kompetencji. Wymagania traktowane jako przeszkoda utrudniają rozwój osobisty, zaburzają osiągnięcie zamierzonych celów i satysfakcji z wykonywanej pracy. Opieka paliatywna to trudna i specyficzna dziedzina medycyny, dlatego duże znaczenie dla pielęgniarki wykonującej ten zawód ma wspierające środowisko pracy, przez co pracodawca motywuje pracownika do większego w nią zaangażowania oraz daje mu sygnał, że jest wartościowy.¹² Według Lubrańskiej „praca we wspierającym środowisku pozwala pracownikowi na utrzymanie większej stabilności nastroju, doświadczanie emocjonalności pozytywnej oraz na zachowanie większej wrażliwości intra- i interperonalnej”¹³.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 50 pielęgniarek pracujących na oddziałach medycyny paliatywnej oraz w hospicjach na terenie województwa małopolskiego i podkarpackiego. Do badań wykorzystano kwestionariusz MBI C. Maslach w polskiej adaptacji T. Pasikowskiego oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

MBI zawiera 22 pozycje związane z 3 aspektami wypalenia zawodowego: wyczerpaniem emocjonalnym (emotional exhaustion – EE), depersonalizacją (depersonalization – DEP) oraz obniżonym poczuciem dokonań osobistych (personal accomplishment – PA). Dla każdej podskali wyniki oblicza się oddzielnie, ale istnieje możliwość określenia ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego.¹⁴

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 25 pytań dotyczących wieku, stażu pracy, wykształcenia, specjalizacji, wsparcia emocjonalnego, radzenia sobie ze stresem, dolegliwości somatycznych, satysfakcji z wykonywanej pracy, zarobków. Zebrane wyniki opracowano za pomocą analizy procentowej i przedstawiono na rycinach.

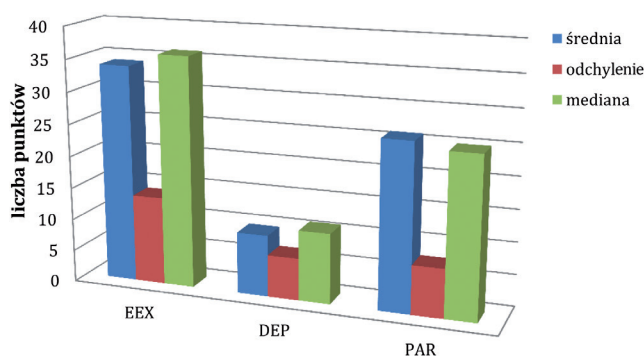
Wyniki deklarowanych opinii, jako zmienne niemierzalne, zostały również zestawione z uzyskanymi poziomami wymiarów wypalenia zawodowego w formie tabelarycznej, co umożliwiło dokonanie analizy statystycznej testem zgodności χ^2 (3X3, df = 4), aby wykazać związek wybranych zmiennych z wypaleniem zawodowym.

Celem pracy było rozpoznanie skali problemu wypalenia zawodowego w poszczególnych jego wymiarach u pielęgniarek opieki paliatywnej.

Wyniki

Zbadano poziom nasilenia 3 składowych wypalenia zawodowego: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. W każdym z nich badane pielęgniarki osiągnęły wysoki i średni stopień nasilenia (ryc. 1).

Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 68% respondentek wykazuje wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, a średni i niski poziom wyczerpania emocjonalnego

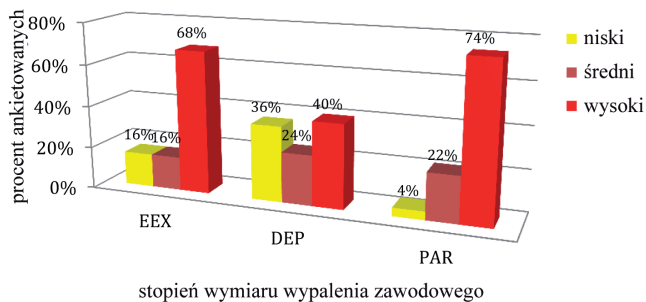


Ryc. 1. Wymiary wypalenia zawodowego u badanych pielęgniarek

Fig. 1. The dimensions of burnout surveyed nurses

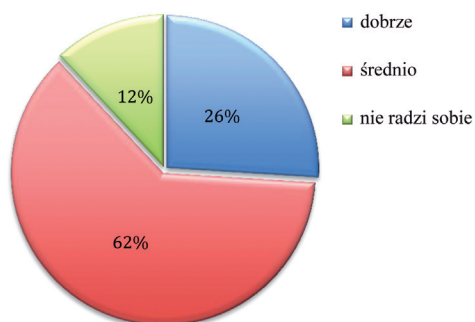
odczuwa 16% ankietowanych. Wśród zbadanych pielęgniarek wysoki poziom depersonalizacji przejawia 40% respondentek, średni – 24%, a niski – 36%. Przeprowadzone badania wykazały również, że większość respondentek (aż 74%) zauważyła u siebie utratę osiągnięć osobistych na bardzo wysokim poziomie, 22% na średnim, a zaledwie 4% na poziomie niskim (ryc. 2).

Chroniczne przeciążenie i przedłużający się stres o dużej sile mogą doprowadzić do syndromu wypalenia zawodowego.¹⁵ W opinii ankietowanych zdecydowana większość (62%) umiarkowanie radzi sobie ze stresem, 12% nie radzi sobie w ogóle, a 25% radzi sobie dobrze (ryc. 3). Na podstawie analizy statystycznej z użyciem testu zgodności χ^2 wykazano (tab. 1), że pielęgniarki deklarujące lepsze radzenie sobie ze stresem mają niższy zarówno poziom depersonalizacji (na poziomie statystycznym związek $\alpha \leq 0,01$), jak i pozostałych wymiarów wypalenia zawodowego ($\alpha \leq 0,05$). Dolegliwości psychosomatyczne ściśle wiążą się z wypaleniem zawodowym, a szczególnie z jednym z jego komponentów, tj. wyczerpaniem emocjonalnym.¹⁶ Więcej niż połowa (62%) zbadanych pielęgniarek deklaruje, że cierpi na bezsenność, 24% na nerwice, a 14% zauważa u siebie oznaki depresji (ryc. 4). Na podstawie analizy statystycznej z wykorzystaniem testu zgodności χ^2 nie wykazano związku deklarowanych dolegliwości psychosomatycznych z wymiarami wypalenia zawodowego, a jedynie tendencję ich związku ($\alpha \leq 0,10$) z wyczerpaniem emocjonalnym (tab. 2). Wspar-



Ryc. 2. Poziom wypalenia emocjonalnego, depersonalizacji i utraty osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek

Fig. 2. The level of emotional exhaustion, depersonalization and personal achievements loss of surveyed nurses



Ryc. 3. Opinia pielęgniarek na temat radzenia sobie ze stresem

Fig. 3. The opinion of nurses on coping with stress

Tabela 1. Związek wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i utraty osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek z deklarowanym radzeniem sobie ze stresem (χ^2)

Table 1. The correlation of emotional exhaustion, depersonalization and the loss of personal achievements of the surveyed nurses with coping with stress (χ^2)

Radzenie sobie ze stresem	Poziom wypalenia (liczba badanych)		
	niski	średni	wysoki
EEX – χ^2 (df = 4) = 10,54; $\alpha \leq 0,05$			
Dobrze	5	3	5
Średnio	3	3	25
Nie radzi sobie	0	2	4
DEP – χ^2 (df = 4) = 16,38; $\alpha \leq 0,01$			
Dobrze	10	2	1
Średnio	8	9	14
Nie radzi sobie	0	1	5
PAR – χ^2 (df = 4) = 10,22; $\alpha \leq 0,05$			
Dobrze	1	3	9
Średnio	1	5	25
Nie radzi sobie	0	3	3

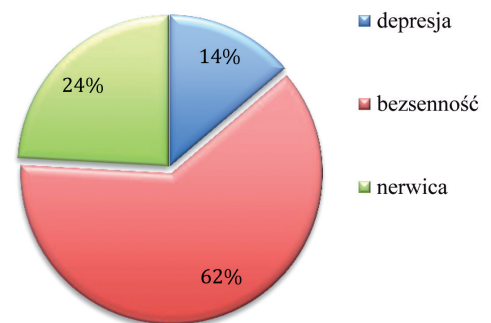
Istotność statystyczna:

$\alpha \leq 0,01$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,01)} = 13,28$; df = 4)

$\alpha \leq 0,05$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,05)} = 9,49$; df = 4)

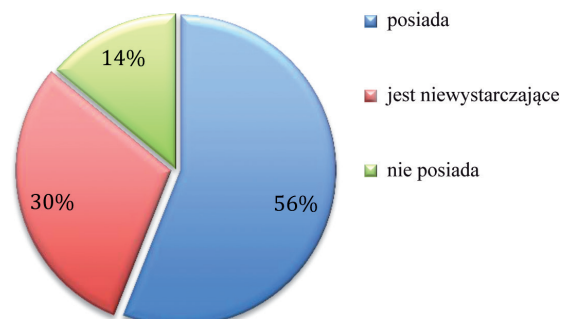
Tendencja

$\alpha \leq 0,10$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,10)} = 7,78$; df = 4).



Ryc. 4. Dolegliwości psychosomatyczne badanych pielęgniarek

Fig. 4. Psychosomatic complaints of surveyed nurses



Ryc. 5. Opinia pielęgniarek na temat posiadanego wsparcia emocjonalnego

Fig. 5. Nurses opinion on emotional support

cie emocjonalne deklaruje ponad połowa respondentek (56%), niewystarczające wsparcie zgłasza 30%, a o braku wsparcia wspomina 14% (ryc. 5). Na podstawie testu

Tabela 2. Wyniki testu zgodności χ^2 deklarowanych dolegliwości psychosomatycznych badanych pielęgniarek z wypaleniem zawodowym

Table 2. The results of χ^2 test of the surveyed nurses declaring psychosomatic ailments related to burnout

Dolegliwości psychosomatyczne	Poziom wypalenia (liczba badanych)		
	niski	średni	wysoki
EEX – $\chi^2_{(df=4)} = 7,86; \alpha \leq 0,10$			
Depresja	3	2	2
Bezsenna	4	3	24
Nerwice	1	3	8
DEP – $\chi^2_{(df=4)} = 6,79; \alpha > 0,10$			
Depresja	3	3	1
Bezsenna	8	8	15
Nerwice	7	1	4
PAR – $\chi^2_{(df=4)} = 7,07; \alpha > 0,10$			
Depresja	0	3	4
Bezsenna	1	6	24
Nerwice	1	2	9

Tendencja:
 $\alpha \leq 0,10$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,10)} = 7,78; df = 4$).

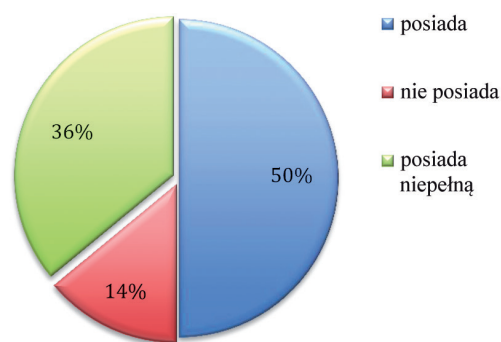
Tabela 3. Związek wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i utraty osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek z deklarowanym posiadaniem wsparcia emocjonalnego (χ^2)

Table 3. The correlation of the emotional exhaustion, depersonalization and the loss of personal achievements of the surveyed nurses with declared emotional support (χ^2)

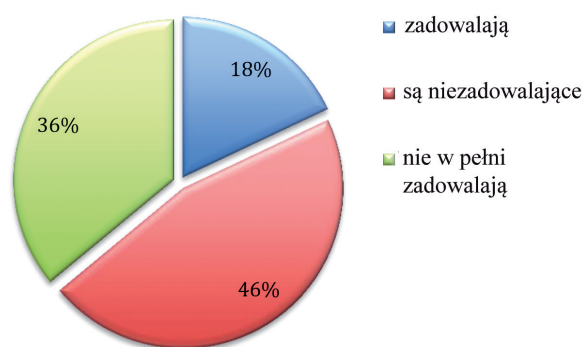
Wsparcie emocjonalne	Poziom wypalenia (liczba badanych)		
	niski	średni	wysoki
EEX – $\chi^2_{(df=4)} = 9,87; \alpha \leq 0,05$			
Posiada	7	7	14
Jest niewystarczające	1	1	13
Nie posiada	0	0	7
DEP – $\chi^2_{(df=4)} = 12,21; \alpha \leq 0,05$			
Posiada	14	8	6
Jest niewystarczające	3	4	8
Nie posiada	1	0	6
PAR – $\chi^2_{(df=4)} = 6,97; \alpha > 0,10$			
Posiada	1	6	21
Jest niewystarczające	0	2	13
Nie posiada	1	3	3

Istotność statystyczna:
 $\alpha \leq 0,05$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,05)} = 9,49; df = 4$).

zgodności χ^2 wykazano, że pielęgniarki deklarujące posiadanie wsparcia mają niższy poziom ($\alpha \leq 0,05$) wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji (tab. 3). Satisfakcję z wykonywanej pracy zgłasza połowa (50%) badanych. Praca nie w pełni satysfakcjonuje 36%, a nie satysfakcjonuje zaledwie 14% ankietowanych (ryc. 6). Na podstawie testu zgodności χ^2 nie wykazano związku deklarowanego zadowolenia z pracy z wypaleniem zawodowym, a jed-



Ryc. 6. Opinia pielęgniarek na temat satysfakcji z wykonywanej pracy
Fig. 6. Nurses opinion on job satisfaction



Ryc. 7. Opinia badanych pielęgniarek na temat zarobków
Fig. 7. Nurses opinion on earnings

Tabela 4. Związek wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i utraty osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek z deklarowanym zadowoleniem z pracy (χ^2)

Table 4. The correlation of emotional exhaustion, depersonalization and the loss of personal achievements of the surveyed nurses with declared job satisfaction (χ^2)

Satisfakcja z pracy	Poziom wypalenia (liczba badanych)		
	niski	średni	wysoki
EEX – $\chi^2_{(df=4)} = 7,01; \alpha > 0,10$			
Posiada	7	5	13
Posiada niepełną	1	2	15
Nie posiada	0	1	6
DEP – $\chi^2_{(df=4)} = 7,92; \alpha \leq 0,10$			
Posiada	9	3	13
Posiada niepełną	5	8	5
Nie posiada	4	1	2
PAR – $\chi^2_{(df=4)} = 7,25; \alpha > 0,10$			
Posiada	1	9	15
Posiada niepełną	1	1	16
Nie posiada	0	1	6

Tendencja:
 $\alpha \leq 0,10$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,10)} = 7,78; df = 4$).

nie tendencję związku ($\alpha \leq 0,10$) tego zadowolenia z depersonalizacją (tab. 4). Opinia badanych pielęgniarek na temat satysfakcji z zarobków przedstawia się odwrotnie

Tabela 5. Związek wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i utraty osiągnięć osobistych u badanych pielęgniarek z deklarowaną satysfakcją z zarobków (χ^2)

Table 5. The correlation of emotional exhaustion, depersonalization and the loss of personal achievements of the surveyed nurses with declared satisfaction with earnings (χ^2)

Satysfakcja z zarobków	Poziom wypalenia (liczba badanych)		
	niski	średni	wysoki
EEX – $\chi^2_{(df=4)} = 18,36; \alpha \leq 0,01$			
Posiada	5	3	1
Posiada niepełną	2	2	14
Nie posiada	1	3	19
DEP – $\chi^2_{(df=4)} = 10,05; \alpha \leq 0,05$			
Posiada	5	3	1
Posiada niepełną	2	6	10
Nie posiada	11	3	9
PAR – $\chi^2_{(df=4)} = 11,71; \alpha \leq 0,05$			
Posiada	1	4	4
Posiada niepełną	1	3	14
Nie posiada	0	4	19

Istotność statystyczna:

$\alpha \leq 0,01$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,01)} = 13,28; df = 4$)

$\alpha \leq 0,05$ ($\chi^2 \geq \chi^2_{(\alpha=0,05)} = 9,49; df = 4$).

niż w przypadku satysfakcji z wykonywanej pracy. Zarobki zadowolają jedynie 18% ankietowanych pielęgniarek, nie w pełni zadowolają 36%, a nie satysfakcjonują aż 46% respondentek (ryc. 7). Na podstawie analizy statystycznej z użyciem testu zgodności χ^2 wykazano, że pielęgniarki deklarujące większą satysfakcję z zarobków mają niższy zarówno poziom wyczerpania emocjonalnego (na poziomie statystycznym związek $\alpha \leq 0,01$), jak i pozostałych wymiarów ($\alpha \leq 0,05$) wypalenia zawodowego (tab. 5).

Omówienie

Badanie syndromu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej nie jest przedmiotem powszechnych badań naukowych. Jest to jednak bardzo istotny problem, ponieważ osoby zatrudnione w hospicjach czy oddziałach opieki paliatywnej szczególnie często stykają się z cierpieniem, śmiercią, lękiem, niepokojem osób chorych i ich najbliższych.

Kowalczyk zauważyła, że zaangażowanie emocjonalne może doprowadzić do zbudowania dystansu, utrudniając kontakt na linii pielęgniarka–pacjent. Dochodzi do utraty empatii, a wzmaga się obojętność, uczucie irytacji podczas sprawowania opieki nad chorym umierającym, która w dalszej perspektywie staje się wymuszona i niedokładna.^{17,18}

Praca na oddziale paliatywnym jest źródłem stresu, z którym zaledwie jedna czwarta respondentek radzi sobie dobrze. Stres w środowisku pracy w istotnym stopniu przyczynia się do powstania zespołu wypalenia zawodo-

wego. Potwierdza to Nowak-Starz, która uważa, że praca pielęgniarki jest związana z narażeniem na silny stres, nieumiejętne radzenie sobie z nim oraz napięcie emocjonalne, co ściśle wiąże się z powstaniem zespołu wypalenia zawodowego, który nie tylko obniża jakość wykonywanej pracy, ale również utrudnia dalszy rozwój zawodowy.¹⁷

Z przeprowadzonych badań wynika, że bardzo duża część respondentek jest wypalona zawodowo. Rozpatrując poszczególne komponenty wypalenia, większość badanych pielęgniarek odczuwa wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego oraz utratę poczucia osiągnięć osobistych. Do podobnych wniosków doszli Kowalczyk et al. oraz Wyderka et al.^{19,20} Jedynym komponentem wypalenia zawodowego, w przypadku którego wyniki na poziomie wysokim nie stanowiły większości, jest depersonalizacja, stanowiąca pewną formę obrony pracownika, czy też próbę poradzenia sobie z wyczerpaniem emocjonalnym, tworzącą bufor obojętności chroniący przed kontaktami i narastaniem trudności – w efekcie powodujący dehumanizację.⁴ Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskały Kurkowska i Witkowska oraz Dębska i Cepuch.^{21–23}

Wykazany w prezentowanych badaniach poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek paliatywnych jest zgodny z wynikami wcześniejszych badań.^{6,24} Wypalenie ma związek ze stosowaniem nieefektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, co również stwierdzili wcześniej autorzy zarówno polscy²⁵, jak i zagraniczni^{26,27}, dodając, że jest to problem w tej grupie zawodowej. Może temu zapobiegać wsparcie otrzymane od innych osób, ponieważ w badaniach Kalicińskiej et al.²⁸ potwierdzono skuteczne działanie wsparcia w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu.

Piśmiennictwo

1. Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J: Wypalenie zawodowe. *Post Psychiatr Neurol.* 2005;14(2):67–77.
2. Tucholska S: Wypalenie zawodowe w ujęciu strukturalnym i dynamicznym. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2010:5–7,10–11.
3. Wilczek-Rużyczka E: Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008:8–23.
4. Maslach Ch, Leiter M: Prawda o wypaleniu zawodowym. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN; 2011.
5. Burisch M: Das Burnout-Syndrom. Theorie der innren Erschopfung (The Burnout Syndrome: A Theory of Innerv Exhaustion). Berlin: Springer; 1989.
6. Kowalczyk M: Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. *Med. Paliat Prakt.* 2010;4(4):154–158.
7. Dębska G, Merklinger-Soma M, Cepuch G: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarkom w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2010;1(2):65–70.
8. Dubowska A, Mirak E, Warmuz A: Pacjenci i pracownicy hospicjum Cordis. *Mag Pielęg Położ.* 2001;11:23–25.
9. De Walden-Gałuszko K: Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PZWL; 2006:11.
10. Sleziona M, Krzyżanowski D: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Piel Zdr Publ.* 2011;1(3):217–223.
11. Ahmadi O, Azizkhani R, Basravi M: Correlation between workplace and occupational burnout syndrome in nurses. *Adv Biomed Res.* 2014;3:44.
12. Nahrgang DJ, Morgeson PF, Hofmann AD: Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes. *J Appl Psychol.* 2011;96(1):71–94.

13. Lubrańska A: Klimat organizacyjny a doświadczanie wypalenia zawodowego. *Med Pr.* 2011;62(6):623–631.
14. Pasikowski T: Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. [W:] Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie. Red.: Sęk H. Warszawa: Wyd. PWN; 2012.
15. Schroder JP: Wypalenie zawodowe – drogi wyjścia. Jak dokonać trwałej przemiany. *Wege aus dem Burnout.* Warszawa: BC Edukacja; 2008.
16. Lewandowska A, Litwin B: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej.* 2009;55(3):86–89.
17. Nowak-Starz G, Kozak B, Zdziebło K: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych i zachowawczych. *Studia Medyczne.* 2013;29(1):15–21.
18. Badura-Madej W: Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby. Kraków: Ośrodek Interwencji Kryzysowej; 1993.
19. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, et al.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Pielęg.* 2011;19:307–314.
20. Wyderka M, Kowalska H, Szeląg E: Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Pielęg Pol.* 2009;4(34):265–275.
21. Kurkowska K, Zuza-Witkowska A: Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now Lek.* 2011;80(4):277–282.
22. Dębska G, Cepuch G: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl Pielęg.* 2008;16(3):274.
23. Wilczek-Rużyczka E, Plewa Z: Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Med Rodz.* 2008;3:69–73.
24. Pytka D, Doboszyńska A, Kądalska E, Sienicka A: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w wybranych hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego. *Med Paliat Prakt.* 2010;4(3):105–110.
25. Kędra E, Sanak K: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek: *Piel Zdr Publ.* 2013;3(2):119–132.
26. Juthberg Ch, Eriksson S, Norberg A, Sundin K: Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *J Adv Nurs.* 2010;1708–1718.
27. Kennedy BR: Stress and burnout of nursing staff working with geriatric clients in long-term care. *J Nurs Scholarship.* 2005;37(4):381–382.
28. Kalicińska M, Chylińska J, Wilczek-Rużyczka E: Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland. *Int J Nurs Pract.* 2012;18:595–603.

Nieprawidłowo dobrane wymiary wózka dla osób niepełnosprawnych – zagrożenia i konsekwencje

Incorrectly fitted wheelchair size – threats and consequences

Emilia Mikołajewska^{A–F}

Katedra Fizjoterapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Laboratorium Neurokognitywne, Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń

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

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):85–88

Adres do korespondencji

Emilia Mikołajewska

e-mail: e.mikolajewska@wp.pl

emiliam@cm.umk.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.05.2016 r.

Po recenzji: 26.06.2016 r.

Zaakceptowano do druku: 17.08.2016 r.

Streszczenie

Poszerzenie się oferty oraz zwiększanie możliwości wyboru wózków dla niepełnosprawnych czyni proces doboru wózka coraz bardziej złożonym i wymagającym. Tymczasem wózek jest postrzegany jako podstawowy element zaopatrzenia rehabilitacyjnego osoby niepełnosprawnej, w podeszłym wieku oraz (zwykle tymczasowo) ciężko chorej. Istnieje zatem potrzeba zwrócenia szczególnej uwagi na dobór wózków dla osób niepełnosprawnych, w tym wózków aktywnych. Każda nieprawidłowość w doborze parametrów wózka może powodować niekorzystne zmiany, a w rezultacie ból kręgosłupa i bioder, deformacje ciała lub zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn oraz upadków. Zmiany te mogą również niekorzystnie wpłynąć na skuteczność oraz czas trwania właściwej terapii. Niektóre z zaobserwowanych problemów mogą być również wynikiem braku okresowej kontroli układu pacjent–wózek. Co więcej, ta sytuacja może spowodować niechęć pacjenta do korzystania z wózka, zmniejszając jego samodzielność oraz obniżając jakość życia. Łatwość, z jaką można zapobiec konsekwencjom wynikającym z niewłaściwie dobranych wymiarów wózka przemawia za koniecznością pogłębienia wiedzy z tego zakresu przez personel medyczny, pacjentów oraz ich rodziny/opiekunów.

Słowa kluczowe: rehabilitacja, osoby niepełnosprawne, pielęgnacja, wózek dla niepełnosprawnych, dobór wózka

Abstract

An increasing choice in wheelchairs has made the process of a wheelchair fitting more complex and challenging. A wheelchair is perceived as basic equipment for disabled people, the elderly and (usually temporary) the severely ill. Thus there is a need to pay particular attention to the fitting of wheelchairs, including active wheelchairs. Every abnormality in the fitting of a wheelchair's parameters can cause unfavorable changes, and as a consequence, pain of the spine and/or hips, body deformities, increased risk of bedsores and falling down, etc. These secondary changes can severely influence the effectiveness and length of the treatment. This situation can cause patients' reluctance to using the wheelchair, decreasing independence and lowering the quality of life. Some of the problems observed may be a result of the lack of periodic assessment of patient-wheelchair system cooperation, and may be corrected by proper wheelchair adjustment. The relatively easy prevention of improper choice of wheelchair dimensions enforces the necessity of broadening the knowledge of medical staff, patients and their families/caregivers in the aforementioned area.

Key words: rehabilitation, nursing, disabled people, wheelchair, wheelchair selection

DOI

10.17219/pzp/64699

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

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

Wprowadzenie

Wózek jest jednym z podstawowych elementów zaopatrzenia ortopedycznego (rehabilitacyjnego) zarówno dla osób niepełnosprawnych, jak i coraz częściej ciężko chorych (na stałe lub czasowo) oraz w podeszłym wieku. Poszerzanie się oferty oraz zwiększanie możliwości wyboru wśród wózków dla niepełnosprawnych czyni proces doboru wózka coraz bardziej złożonym i wymagającym.¹ Dotyczy to nie tylko doboru rodzaju wózka czy jego akcesoriów, ale nawet tak podstawowych kwestii, jak wymiary wózka. Co więcej, źle lub niedbale dobrane wymiary wózka mogą wpływać na nieprawidłową pozycję użytkownika w wózku, a przez to zaburzać ruchomość stawów oraz utrwalać patologiczne zmiany wtórne, takie jak przykurcze lub deformacje. Źle dobrane wymiary wózka mogą być przyczyną upadków, uszkodzeń ciała, w tym groźnych urazów głowy. Powyższe elementy mogą przekładać się na pogorszenie stanu zdrowia, zmniejszenie skuteczności terapii oraz na złą interpretację zachowania pacjenta. Dostrzeżony w porę i właściwie zinterpretowany problem może temu zapobiec oraz wskazać sposób jego rozwiązania.

Biorąc pod uwagę pacjentów cierpiących na zaburzenia neurologiczne, badanie przeprowadzone wśród polskich pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu pokazało, że użytkownicy wózków stanowili:

- 71% chorych będących od 3 tygodni do 3 miesięcy po udarze,
- 42% chorych będących od 3 miesięcy do 6 miesięcy po udarze,
- 20% chorych będących od 6 miesięcy do 3 lat po udarze.²

W zależności od badania zaobserwowano, że aż 72% kanadyjskich pacjentów po udarze po zakończeniu rehabilitacji szpitalnej korzystało z wózków,³ a prawdopodobieństwo korzystania z wózka przez pacjentów hospitalizowanych na oddziale udarowym wynosi odpowiednio: 61% po 3 miesiącach, 31% po 6 miesiącach oraz 26% po roku od incydentu udarowego.⁴

Co więcej, liczba użytkowników wózków zwiększa się wraz z ich wiekiem i według badań przeprowadzonych w USA wynosi:

- 0,1% populacji młodszej niż 18 lat,
- 0,4% osób w wieku 18–64 lata,
- 2,9% populacji powyżej 65 r.ż.^{5,6}

Należy przy tym zauważyć znaczące zwiększanie się liczby użytkowników wózków dla osób niepełnosprawnych w USA w tempie 5% rocznie.^{5,6}

Procedura doboru wózka dla osób niepełnosprawnych dotyczy zatem dużej grupy pacjentów, w tym także leczonych z powodu zaburzeń neurologicznych, ortopedycznych, będących w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych, które mimo poruszania się na wózkach, uprawiają np. sport wyczynowy. Użytkownicy wózków powinni być przeszkoleni przez personel medyczny w zakresie prawidłowego doboru podstawowych parametrów wózka. Właściwa realizacja tej procedury ma na celu:

- zwiększenie możliwości lokomocyjnych pacjenta,
 - zapewnienie choremu podparcia ciała oraz bezpieczeństwa,
 - zapewnienie niezbędnej wygody korzystania z wózka, w tym przy wykonywaniu czynności codziennego życia (Activities of Daily Living – ADLs),
 - profilaktykę niekorzystnych zmian wtórnych (np. odleżyn), szczególnie przy częstym i długim użytkowaniu wózka,
 - poprawę skuteczności procesu terapeutycznego lub, w niektórych przypadkach, ułatwienie długotrwałego utrzymania obecnego korzystnego stanu.^{7–14}
- Przy doborze wózka dla osób niepełnosprawnych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na szerokość i głębokość siedziska oraz długość podnóżków, które stanowią główne parametry decydujące o bezpieczeństwie i komforcie użytkowania urządzenia.

Dobór szerokości siedziska

Szerokość siedziska wózka jest określana przez rzeczywistą szerokość miednicy powiększoną o grubość dłoni (około 2 cm). Właściwa szerokość siedziska wózka umożliwia dobrą stabilizację użytkownika z jednoczesnym niezbędnym zapasem. Wolna przestrzeń umożliwia swobodny dobór odzieży oraz zabezpiecza przed zmianami niedokrwiennymi, szczególnie w obrębie krętarzy większych kości udowych.

Zbyt szerokie siedzisko może powodować brak stabilizacji ciała pacjenta oraz nieprawidłowe (krzywe) siadanie w wózku, przez co może dochodzić do podwichnięcia w stawach biodrowych.

Zbyt wąskie siedzisko może powodować:

- zagrożenie odleżynowe dla okolic krętarzy większych kości udowych,
- dyskomfort spowodowany „ciasnotą”,
- brak dowolności w doborze odzieży, szczególnie w okresach chłodnych,
- nieestetyczny wygląd użytkownika dający wrażenie, jakby pacjent „wyrastał” z wózka.

Dobór głębokości siedziska

Głębokość siedziska jest określana na podstawie długości ud z miednicą pomniejszonej o około 4 cm lub o szerokość 3 palców dłoni użytkownika. Właściwie dobrana głębokość siedziska wózka umożliwia dobrą stabilizację użytkownika z jednoczesnym poczuciem komfortu i bezpieczeństwa.

Zbyt duża głębokość siedziska może powodować ucisk siedziska na naczynia krwionośne okolicy podkolanowej i utrudnione unaczynienie kończyn dolnych albo zsuwanie się użytkownika, a to u pacjenta ze wzmożonym napięciem mięśniowym może wpływać na „prężenie się” ciała.

Dobór długości podnóżków

Długość podnóżków to wymiar, który powinien być równy odległości od dołu podkolanowego do części podeszwy stóp. Długość podnóżków powinna być regulowana, zarówno w kierunku skracania, jak i wydłużania.

Zbyt długie podnóżki mogą powodować: wymuszone zgięcie podeszwy stóp, skrócenie ścięgna Achillesa, które utrudnia lub uniemożliwia pionizację i ewentualną reedukację chodu.

Za krótkie podnóżki mogą natomiast powodować:

- unoszenie się ud nad powierzchnię siedziska wózka, przez co zmniejsza się płaszczyzna podporu ud i stabilność użytkownika,
- ustawianie się kończyn dolnych w stawach biodrowych w rotacji wewnętrznej lub zewnętrznej,
- zwiększony nacisk na miednicę, a przez to zagrożenie odleżynowe w okolicy kości krzyżowej.

Omówienie

Właściwie dobrane wymiary wózka są niezwykle ważnym elementem terapii. Wózek dla osób niepełnosprawnych w swoim założeniu ma być wsparciem dla osoby czasowo lub trwale pozbawionej możliwości przemieszczania się. Dobrze dobrany wózek, tzn. pod względem rodzaju, modelu, jak i wymiarów spełnia swoją wspierającą funkcję. Wózek dobrany niewłaściwie może być natomiast przyczyną groźnych upadków lub niekorzystnych zmian wtórnych. Z tego powodu ważne jest, aby personel pielęgniarski jako ten, który w dużej mierze ma największy kontakt z pacjentem, potrafił w porę zinterpretować pojawiające się zmiany lub charakterystyczny sposób zachowania się pacjenta przejawiający się m.in. jego niechęcią do korzystania z wózka. Niejednokrotnie wspomniana niechęć wynika z dyskomfortu, jaki odczuwa pacjent w wózku o niewłaściwie dobranych wymiarach.

Mimo dość powszechnego wykorzystania wózków dla osób niepełnosprawnych, w obszarze ich doboru pozostało jeszcze dużo do zrobienia, również w naszym kraju.¹⁵ Badanie Cherubiniego et al.¹⁶ pokazało, że tylko 32% wózków było dobrze dopasowanych, co wskazuje na popełnianie błędów, ale również konieczność pogłębienia współpracy w tym zakresie między specjalistami medycznymi a specjalistami technicznymi.^{16,17} Należy również zwrócić uwagę, że ww. wyniki nie musiały być w całości rezultatem nieprawidłowej realizacji procedury doboru wózka przy przysposabianiu do niego pacjenta. Równie dobrze mogą one stanowić wynik dalszych zaniedbań w postaci braku okresowej oceny stanu pacjenta oraz dokonywania wówczas odpowiednich regulacji wózka. Często, jeśli nawet pacjent np. przybrał na wadze, jest możliwe odpowiednie wyregulowanie wózka, rzadko jest konieczna tylko wymiana niektórych części lub nawet całego wózka.

Badania z zakresu doboru wózków dla osób niepełnosprawnych dotyczą bardzo wielu zagadnień, w tym:

- związku między dobrze dobranym wózkiem a aktywnością i samopoczuciem użytkowników,¹⁸
- poszukiwania i oceny narzędzi badawczych mierzących aktywność i uczestnictwo osób na wózkach w życiu lokalnych społeczności – 11 takich narzędzi opisali Mortenson et al., ale żadne nie uzyskało znaczącej przewagi nad pozostałymi, żadne też nie otrzymało bardzo dobrych ocen we wszystkich ocenianych obszarach, co powoduje duży nacisk na dalsze udoskonalenie narzędzi tego typu,¹⁹
- problemu szkodliwych zmian wtórnych, w tym odleżyn,²⁰
- umożliwienia zmian pozycji, w tym samodzielnego przesiadania się z i na wózek,²¹
- analizy kosztu energetycznego ponoszonego przez użytkowników wózków,²²
- doboru i oceny wózków przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku, ważnych w związku z masowym starzeniem się społeczeństw państw rozwiniętych.²³

Wskazana jest jednak duża ostrożność przy korzystaniu i interpretacji badań zagranicznych z zakresu zaopatrzenia w technologie wspomagające (assistive technology – AT), gdyż formy wsparcia oferowane przez służbę zdrowia oraz opiekę społeczną, a także zamożność społeczeństwa są nieporównywalne, wpływając m.in. na wartości współczynników procentowych. Przeprowadzono nawet badania w celu identyfikacji logistycznych oraz etycznych kwestii mających wpływ na interpretację badań dotyczących wykorzystania AT (w tym wózków) w krajach niezamożnych (low- and middle-income countries) i określenia strategii wyrównujących dysproporcje.²⁴ Z myślą o użytkownikach wózków rozwijane są również różne formy badań zdalnych, np. prób klinicznych bez bezpośredniego dostępu do badanej populacji.²⁵ Jest to szczególnie przydatne przy randomizowanych próbach kontrolnych dotyczących osób poruszających się na wózkach w środowisku domowym lub w domu opieki. Pozwala zgromadzić większe grupy badawcze, sprawdzić hipotezy związane z zachowaniem osób na wózkach w dobrze znanych środowiskach (z wynikającymi z tego problemami) oraz objąć badaniami wszystkie osoby (np. ze złożonymi schorzeniami, problemami poznawczymi, unikające kontaktu, chorobami rzadko spotykanymi, z populacji o dużej śmiertelności itp.), a nie tylko te zazwyczaj chętne do badań.

Wnioski

Właściwie dobrane parametry wózka dla osób niepełnosprawnych, w tym jego wymiary, wciąż pozostają na marginesie edukacji personelu medycznego wszystkich specjalności. Powaga tego problemu oraz łatwość, z jaką można zapobiec niekorzystnym skutkom wynikającym z niewłaściwie dobranych wymiarów wózka, przemawiają za koniecznością pogłębienia wiedzy z tego zakresu.

Piśmiennictwo

1. Mortenson WB, Miller WC: The wheelchair procurement process: perspectives of clients and prescribers. *Can J Occup Ther.* 2008;75(3):167–175.
2. Mikołajewska E: Use of wheelchairs among patients after ischemic stroke. *J Health Sci.* 2012;2(2):41–49.
3. Teasell RW, Foley NC, Bhogal SK, Chakraverty R, Bluvol A: A rehabilitation program for patients recovering from severe stroke. *Can J Neurol Sci.* 2005;32(4):512–517.
4. Preston E, Ada L, Dean CM, Stanton R, Waddington G: What is the probability of patients who are nonambulatory after stroke regaining independent walking? A systematic review. *Int J Stroke.* 2011;6(6):531–540.
5. Kaye HS, Kang T, LaPlante MP: Wheelchair use in the United States. Disability Statistics Abstract Series. Disability Statistics Center, University of California, San Francisco, 2002. <http://dsc.ucsf.edu/publication.php> (data dostępu 1.06.2012).
6. LaPlante MP, Kaye HS: Demographics and trends in wheeled mobility equipment use and accessibility in the community. *Assistive Technology.* 2010;22(1):3–17.
7. Mikołajewska E: Wózek aktywny – zasady doboru. *Acta Bio-Optica et Informatica Media.* 2010;3:228–229.
8. Mikołajewska E.: Wózki dla niepełnosprawnych. *Prakt Fizjoter Rehab.* 2010;5:34–37.
9. Mikołajewska E: Właściwy dobór wózka inwalidzkiego aktywnego. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja.* 2009;4:101–107.
10. Mikołajewska E, Mikołajewski D: Koncepcja taksonomii aktywnych wózków dla niepełnosprawnych. *Med Sport Pract.* 2010;11(3):46–50.
11. Mikołajewska E, Mikołajewski D: Studium budowy wózka aktywnego na przykładzie wózka do rugby na wózkach. *Med Sport Pract.* 2010;11(3):39–45.
12. Marciniak J, Szewczenko A (red.): Sprzęt szpitalny i rehabilitacyjny. Gliwice: Wydawnictwo Politechniki Śląskiej; 2003.
13. Tasiemski T: Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego. Trening samoobsługi i techniki jazdy wózkiem inwalidzkim. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001.
14. Sydor M: Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego. Poznań: Wydawnictwo Akademii Rolniczej w Poznaniu; 2003.
15. Mikołajewska E: The most common problems in wheelchair selection – own observations. *J Health Sci.* 2012;2(1):89–93.
16. Cherubini M, Melchiorri G: Descriptive study about congruence in wheelchair prescription. *Eur J Phys Rehab Med.* 2012;48(2):217–222.
17. Mikołajewska E, Mikołajewski D: Wheelchairs development from the perspective of physical therapists and biomedical engineers. *Adv Clin Exp Med.* 2010;19(6):771–776.
18. Tawashy AE, Eng JJ, Lin KH, Tang PF, Hung C: Physical activity is related to lower levels of pain, fatigue and depression in individuals with spinal-cord injury: a correlational study. *Spinal Cord.* 2009;47(4):301–306.
19. Mortenson WB, Miller WC, Auger C: Issues for the selection of wheelchair-specific activity and participation outcome measures: a review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(6):1177–1186.
20. Stockton L, Gebhardt KS, Clark M: Seating and pressure ulcers: clinical practice guideline. *J Tissue Viability.* 2009;18(4):98–108.
21. Koontz A, Toro M, Kankipati P, Naber M, Cooper R: An expert review of the scientific literature on independent wheelchair transfers. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology.* 2012;7(1):20–29.
22. Conger SA, Bassett DR: A compendium of energy costs of physical activities for individuals who use manual wheelchairs. *Adapted Physical Activity Quarterly.* 2011;28(4):310–325.
23. Sabol TP, Haley ES: Wheelchair evaluation for the older adult. *Clin Geriatr Med.* 2006;22(2):355–375.
24. Jefferds AN, Pearlman JL, Wee J, Cooper RA: International mobility technology research: a Delphi study to identify challenges and compensatory strategies. *Assistive Technology.* 2011;23(4):232–242.
25. Nary DE, Froehlich-Grobe K, Aaronson L: Recruitment issues in a randomized controlled exercise trial targeting wheelchair users. *Contemporary Clinical Trials.* 2011;32(2):188–195.

List do Redakcji dotyczący pracy pt. „Ochrona radiologiczna z punktu widzenia pacjentów Zakładu Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku” (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)

Letter to the Editor regarding the article “Radiation Protection from the Point of View of Patients of the Radiology Department at the University Clinical Hospital in Białystok” (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 1, 29–38)

Magdalena Żelechowicz^{A–D}, Ewa Pasieka^{A, C, E, F}

Zakład Radiologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok

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

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

Piel Zdr Publ. 2017;26(1):89–91

Adres do korespondencji

Magdalena Żelechowicz
e-mail: magzel1@o2.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.04.2017 r.
Zaakceptowano do druku: 3.04.2017 r.

DOI

10.17219/pzp/70174

Copyright

© 2017 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

W 2016 r. w kwartalniku „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” (vol. 6, nr 1) na s. 29–38 ukazał się artykuł pt. „Ochrona radiologiczna z punktu widzenia pacjentów Zakładu Radiologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku”. Opublikowana praca zawiera błędy merytoryczne, których nie sposób pozostawić bez komentarza, a niekiedy sprostowania.

Autorzy wykazali się zbyt małą dokładnością przy analizie piśmiennictwa. Według danych zawartych w publikacji jednostką dawki pochłoniętej jest siwert – autorzy, przytaczając dane, powołują się na książkę pt. „Człowiek i promieniowanie jonizujące” A. Hrynkiewicza (tak brzmi prawidłowo nazwisko autora tej pozycji bibliograficznej, nie Hryniewicz, jak użyto w artykule). Niestety, po analizie okazuje się, że dane dotyczące narażenia 5-letniego dziecka, które zostały przytoczone w artykule, nie pochodzą z książki Hrynkiewicza. Jednostką dawki pochłoniętej w układzie SI jest grej (Gy), a nie siwert (Sv), jak to zostało przedstawione w publikacji.^{1,2,3}

Jak wskazuje tytuł, praca powinna dotyczyć ochrony radiologicznej z punktu widzenia pacjentów. W artykule autorzy kilkakrotnie odnoszą się do diagnostyki za pomocą rezonansu magnetycznego (MR). Rezonans magnetyczny jest badaniem obrazowym często wykonywanym w zakładach radiologii, ale do obrazowania tą metodą nie używa się promieniowania rentgenowskiego, dlatego przywoływanie MR w powyższym artykule może wprowadzać czytelnika w błąd.

Zastanawiającym stwierdzeniem jest, że „dobrze poinformowany pacjent, mający podstawową wiedzę, będzie mógł lepiej zadbać o swój stan zdrowia, a także uniknąć występowania chorób związanych ze skutkami promieniowania”. Nawet najlepiej wyedukowany pacjent nie jest w stanie uniknąć potencjalnych konsekwencji, które niesie za sobą diagnostyka obrazowa z użyciem promieniowania rtg. Większość negatywnych skutków, które mogą wystąpić po

ekspozycji na promieniowanie rentgenowskie, ma charakter przypadkowy i jedyną skuteczną metodą ich eliminacji byłoby odstępianie od wykonywania badań z użyciem promieniowania rentgenowskiego. W przypadku badań z zastosowaniem promieniowania rentgenowskiego trudno jest określić tzw. czynniki wyzwalające, często występuje tu wieloczynnikowość. Należy również pamiętać, że obrazowanie z użyciem promieniowania rtg powinno być wykonane na podstawie skierowania oraz z zastosowaniem zasad ochrony radiologicznej. Potencjalne korzyści powinny przewyższać ryzyko wynikające z wykonania badania. Autorzy piszą w artykule o zastosowaniu fartucha ołowianego jako jednego ze środków ochrony radiologicznej. Nie ulega wątpliwości, że fartuch jest osobistą ochroną radiologiczną, którą stosuje się u pacjentów. Niemniej jednak pacjent nie ma wpływu na ułożenie fartucha oraz nie może decydować o zasadności jego zastosowania. Nieprawidłowe umieszczenie fartucha może przesłonić istotne struktury oraz skutkować koniecznością powtórzenia badania, narażając pacjenta na podwójną ekspozycję.^{4,5}

Powołując się na Pruszyńskiego, autorzy piszą o kumulacji dawek promieniowania u dzieci, powodujących większe ryzyko wystąpienia późnych skutków niepożądanych i większe ryzyko zgonu. Ostrożność w zlecaniu badań u dzieci nie wiąże się z faktem kumulacji dawek, ale ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia skutków niepożądanych z uwagi na to, że rozwijające się tkanki są bardziej podatne na uszkodzenia. Dłuższe życie może zwiększyć prawdopodobieństwo ujawnienia się negatywnego efektu, np. w postaci nowotworów o bardzo długim okresie kancerogenezy. Im dłuższego czasu przeżycia się spodziewamy, tym większe może być narażenie na promieniowanie jonizujące z różnych źródeł, w związku z tym można mówić o kumulacji ryzyka, a nie o kumulacji dawek.^{1,6}

W artykule znajduje się fragment: „także matki karmiące piersią powinny unikać zwiększonej ekspozycji na szkodliwe działanie promieniowania”. Nie ma przeciwwskazań do wykonywania zdjęć rentgenowskich, tomografii komputerowej oraz badań fluoroskopowych u kobiet karmiących piersią z punktu widzenia narażenia na promieniowanie rentgenowskie. Laktacja może być ograniczeniem w przypadku badań z użyciem radiofarmaceutyków, ponieważ istnieje ryzyko przeniknięcia radioizotopu do mleka matki. Decyzję o włączeniu diagnostyki radioizotopowej podejmuje lekarz mający specjalizację z zakresu medycyny nuklearnej, który informuje karmiącą kobietę o zasadach prowadzenia karmienia naturalnego.^{5,7,8}

Autorzy, pisząc w swojej pracy o stochastycznych skutkach promieniowania, odwołują się do hormezy radiacyjnej, której przytoczenie w tym kontekście jest błędem. Stochastyczne skutki to skutki negatywne, które mogą wystąpić po ekspozycji na promieniowanie. Hipoteza hormezy radiacyjnej zakłada istnienie skutków stymu-

lujących lub ogólnie pożytecznych dla organizmu przy ekspozycji na małe dawki promieniowania i jest przeciwieństwem uznawanej w ochronie radiologicznej hipotezy liniowej bezprogowej, która mówi o tym, że niskie dawki wywołują mniejsze, ale negatywne skutki dla organizmu.⁹

Autorzy powołują się na wyniki badań, które zostały wykonane w Skandynawii i Francji oraz ich korelację z występowaniem zaćmy u osób zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące, ale nie wspominają o tym, że badania dotyczą głównie radiologów zabiegowych, kardiologów interwencyjnych oraz elektroradiologów narażonych na promieniowanie rtg podczas zabiegów monitorowanych przy pomocy fluoroskopii. Następnie autorzy przywołują amerykańskie badania Doody et al. odnoszące się do ryzyka wystąpienia raka piersi u kobiet zawodowo narażonych na promieniowanie jonizujące. W artykule pojawia się informacja, że badania amerykańskich naukowców wykazały korelację między występowaniem raka piersi a czasem zatrudnienia. Owszem, w publikacji jest informacja, że istnieje korelacja między okresem zatrudnienia a wystąpieniem raka piersi u kobiet, które podjęły pracę przed 1940 r., a nie u wszystkich, jak wynika z artykułu Turczyńskiej et al. Ryzyko wystąpienia raka piersi było ponadto dużo większe u kobiet, które pracę w narażeniu na promieniowanie jonizujące podjęły przed ukończeniem 17. roku życia. Doody et al. podaje również informację, że u kobiet zatrudnionych w 1940 r. i później nie wykazano korelacji między czasem zatrudnienia a zachorowalnością na raka piersi.¹⁰⁻¹³

Piśmiennictwo

1. Brody AS, Frush DP, Hunda W, Brent RL: Radiation risk to children from computed tomography. *Pediatrics*. September 2007;120(3). <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/3/677> (data dostępu: 9.03.2017).
2. Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t. jedn. Dz.U. 2014.1512 z późn. zm.).
3. Hrynkiewicz A: Człowiek i promieniowanie jonizujące. Wyd. 1. Warszawa: PWN; 2001.
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2005 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego (Dz.U. 2005.20.168).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (t. jedn. Dz.U. 2013.1015 z późn. zm.).
6. Pruszyński B: Diagnostyka obrazowa. Podstawy teoretyczne i metodyka badań. Wyd. 1. Warszawa: PZWL; 2000;376-386.
7. Sachs HC, Committee on drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics*. August 2013. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/08/20/peds.2013-1985>. (data dostępu: 9.03.2017).
8. Mohrbacher M, Stock J: The Breastfeeding answer book. Schaumburg, 3th ed. Illinois: La Leche League International; 2003;531-532.
9. Kraska A, Bliski B: Narażenie pracowników ochrony zdrowia na promieniowanie jonizujące a hipoteza hormezy radiacyjnej. *Medycyna Pracy*. 2012;63:371-376. http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyjna/czasopisma/MP_3-2012_A_Kraska.pdf. (data dostępu: 9.03.2017).
10. Mrena S, Kivela T, Kurttio P, Auvinen A: Lens opacities among physicians occupationally exposed to ionizing radiation – a pilot study in Finland. *Scand J Work Environ Health*. 2011;37. http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=3152&file_nro=1. (data dostępu: 9.03.2017).

11. Chodick G, Bekiroglu N, Hauptmann M, et al.: Risk of cataract after exposure to low doses of ionizing: A 20-year prospective cohort study among US radiologic technologists. *Am J Epidemiol.* 2008, 168. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.482.5471&rep=rep1&type=pdf>. (data dostępu: 9.03.2017).
12. Doody MM, Freedman DM, Alexander BH, et al.: Breast cancer incidence in U.S. radiologic technologist. *Am Cancer Soc.* 2006;10: 2702–2715. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639729> (data dostępu 9.03.2017).
13. Jacob S, Michel M, Spaulding C, et al.: Occupational cataracts and lens opacities in interventional cardiology (O'CLOC study): are X-Ray involved? *BMC Public Health.* 2010;10:537. <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-537>. (data dostępu: 9.03.2017).

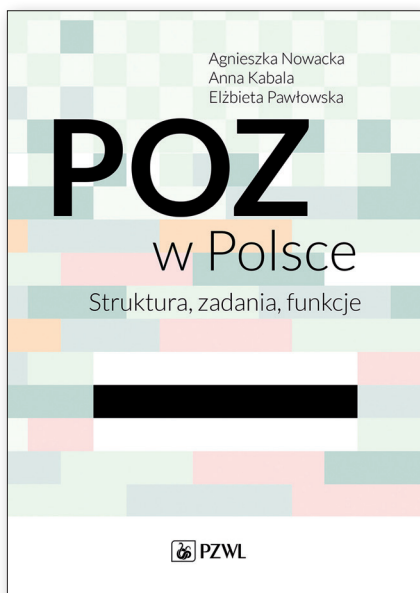


Obliczanie dawek leków

Marta Czekirda

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

Doskonałe kompendium wiedzy teoretycznej i praktycznej z zakresu dawkowania i obliczania dawek leków podawanych różnymi drogami i w różnych jednostkach miary i objętości. Pozwala na samodzielne studiowanie – wiadomości przedstawiono poczynając od podstawowych do bardziej złożonych. Ogromnym praktycznym atutem przewodnika są liczne przykłady, testy kontrolne oraz bogaty materiał ilustracyjny – nowoczesny sprzęt, urządzenia czy etykiety leków. Publikacja niezbędna w codziennej praktyce. Może być wykorzystana na różnym etapie kształcenia pielęgniarzek, położnych i ratowników.

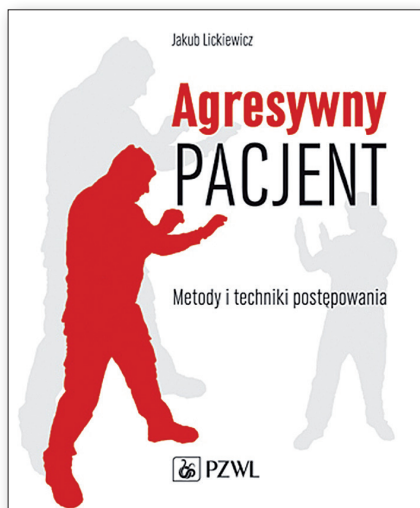


POZ w Polsce. Struktura, zadania, funkcje

Redakcja naukowa: Ewa Dmoch-Gajzlerska

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

W podręczniku przedstawiono najnowszą wiedzę o podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce. Autorki krok po kroku wyjaśniają trudne zagadnienia związane z ochroną zdrowia, opisują strukturę POZ, zasady jej funkcjonowania i finansowania oraz reguły prawne. Czytelnicy znajdą również w publikacji wiele ciekawych informacji o opiece zdrowotnej w Unii Europejskiej. W książce po raz pierwszy w rzetelny sposób omówiono rolę pielęgniarzek i położnych w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej, a także interdyscyplinarne zagadnienia związane z funkcjonowaniem rodziny w sytuacji zdrowia i choroby. Książka jest skierowana do studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu oraz wszystkich zainteresowanych wspomnianą tematyką.

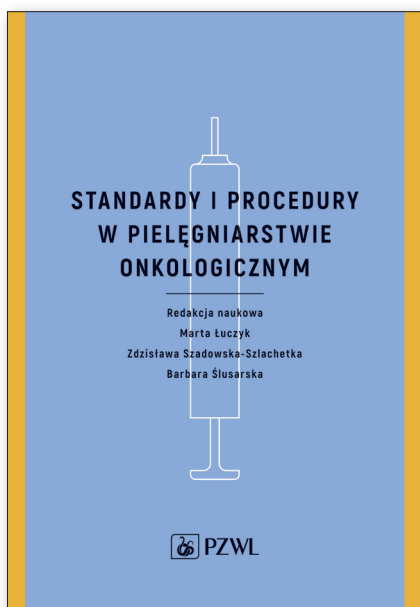


Agresywny pacjent

Jakub Lickiewicz

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

Pierwsza na rynku wydawniczym publikacja uwzględniająca zarówno aspekt psychologiczny, prawny, jak i problematykę fizycznego radzenia sobie z agresywnym pacjentem. Czytelnik znajdzie w niej wskazówki dotyczące zachowania wobec pacjenta agresywnego werbalnie, a także propozycje postępowania po incydencie agresywnym. W książce przedstawiono techniki i zasady, które są proste do nauczenia i jak najmniej uciążliwe dla pacjenta, wobec którego mogą być zastosowane. Publikacja jest adresowana do pielęgniarek, ratowników medycznych, położnych, fizjoterapeutów i lekarzy, a także osób wykonujących inne zawody medyczne. Może być także przydatna dla studentów kierunków medycznych na różnych poziomach kształcenia.



Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym

Marta Łuczyk, Barbara Ślusarska, Zdzisława Szadowska-Szlachetka

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

W książce przedstawiono wymiar praktyczny onkologicznej opieki pielęgniarstwie nad pacjentem z uwzględnieniem najnowszych procedur i standardów terapeutycznych. W publikacji omówiono: zakres i zasady profilaktyki chorób nowotworowych oraz szybkiej diagnostyki onkologicznej; aktualnie obowiązujące standardy i procedury pielęgniarstwie w opiece nad pacjentami ze schorzeniami onkologicznymi leczonymi różnymi metodami terapii przeciwnowotworowej; środowiskowo rodzinne – aspekty opieki nad pacjentem dotkniętym chorobą nowotworową oraz systemy wsparcia pacjentów i ich opiekunów; wytyczne dotyczące rehabilitacji chorych leczonych z powodu nowotworu; wytyczne z zakresu opieki paliatywnej oraz zaprezentowano standardy i procedury pielęgniarstwie realizowane u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.



Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek

Jarosław Czerwiński, Piotr Małkowski

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

Autorzy – pielęgniarki oraz doświadczeni lekarze reprezentujący wszystkie dziedziny medycyny transplantacyjnej – przygotowali publikację, w której przedstawili pełen zakres problemów związanych z przeszczepianiem, w tym: podstawy prawne i organizacyjne, zasady kwalifikacji dawców i biorców przeszczepów, podstawowe informacje na temat pobierania narządów, techniki chirurgiczne stosowane w przeszczepianiu określonych narządów, zasady opieki nad biorcami we wczesnym i odległym okresie po przeszczepieniu, ekonomiczne aspekty przeszczepiania narządów, medycynę transplantacyjną w liczbach.

Książka została przygotowana z myślą o pielęgniarkach nie tylko oddziałów transplantacyjnych, ale również – ze względu na znaczną liczbę chorych po przeszczepieniach i jeszcze większą oczekujących na transplantację – praktycznie wszystkich jednostek opieki medycznej w Polsce.

Pielęgniarstwo
i Zdrowie Publiczne
Nursing and Public Health

