PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

Tom VIII

pod redakcją
Barbary Jankowiak
Beaty Kowalewskiej
Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM VIII

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbary Jankowiak

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beaty Kowalewskiej

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej - Kułak

Białystok 2022

RECENZENCI MONOGRAFII

Prof. dr hab. med. Dzmitry Fiodaravich Khvorik
Katedra Dermatowenerologii
Uniwersytet Medyczny w Grodnie, Białoruś

Dr n. med. Ewa Wiśniewska
Wydziała Nauk o Zdrowiu i Nauk Społecznych
Państwowa Uczelnia Zawodowa im. I. Mościckiego w Ciechanowie

Wydawca
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. Kilińskiego1
Białystok

Wydanie I
Białystok 2022
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISBN komplet
978-83-951075-4-2

ISBN Tom VIII
978-83-964323-6-0

Opracowanie graficzne
Agnieszka Kułak-Bejda
zdjęcie zakupione w Can Stock Photo Inc.,
6139 Quinpool Rd., Suite 33027, Halifax, NS, B3L 4T6, Canada

Druk
Monografia wydana w formie elektronicznej i zamieszczona na stronie

https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz.

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione

PROMOCJA, EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ PROFILAKTYKA W NAUKACH MEDYCZNYCH

TOM VIII

WYKAZ AUTORÓW

Albrychowicz Dorota
mgr poł.
Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie

Andruszkiewicz Anna
dr hab. n. med.; prof. UMK
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Betke Katarzyna
dr n. o zdr.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Biaduń Agnieszka
mgr piel.
Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Borkowska Karolina Wanda
mgr kosm.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Dombrowska-Pali Agnieszka
dr n. o zdr.
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Oddział Położniczo –Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

Gdaniec Alicja
mgr poł.
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Gebuza Grażyna
dr n. o zdr.
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wykaz autorów

Gierszewska Małgorzata
dr n. med.
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Girzelska Joanna
dr n.med.
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Grajewska Anna
mgr kosm.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Humańska Marzena Agnieszka
dr n. med.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Jankowiak Barbara
dr hab. n. o zdr. i n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Jenczura Anna
dr n. o zdr.
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Kawa Klaudia
mgr analityki medycznej; lic. piel.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kaźmierczak Marzena
dr n. o zdr.
Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Klimaszewska Krystyna
dr n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Korzec Renata
mgr piel.
Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wykaz autorów

Kowalczyk Dorota
mgr piel. ; mgr poł.
Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Kowalewska Beata
dr hab. n. o zdr. i n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kozestańska – Oczkowska Monika
dr n. o zdr.
Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej

Krajewska – Kułak
prof. dr hab. n. med.
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Leończuk Justyna
mgr zdr. publ.
Białostockie Centrum Onkologii

Łakoma Maria
mgr piel.
Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Makar Anna
mgr piel.
SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego

Malm Maria
mgr inż.
Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania Uniwersytet Medycznego w Lubinie

Małgorzata Poniewozik
mgr piel.
Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Napierska Natalia
lic. piel
Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

Ostrowska Mariola
mgr piel.
Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Parafiniuk Karolina
lic. piel.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Pasiuk Mateusz Dariusz
mgr piel.
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
Absolwent Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Plata Weronika
lic. poł.
Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pluta Agnieszka
dr n. o zdr.
Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Politowska Katarzyna
mgr. poł.
Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Ponczek Danuta
dr n. med.
Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Rysiak Edyta
dr hab. n. o zdr.
Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Stankiewicz Sylwia
mgr piel.
Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Szlenk-Czyczerska Elżbieta
dr n. o zdr.
Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

Wykaz autorów

Wiśniewska Katarzyna
mgr ped., lic. piel.
Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi

Witkowska Anna
dr hab. n. med.
Zakład Biotechnologii Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zgrzebniak Aleksandra
mgr poł.
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego

SŁOWO WSTĘPNE

„Czas i zdrowie to dwa cenne skarby,
Których nie rozpoznajemy i nie doceniamy,
Dopóki się nie wyczerpią”

Denis Waitley

Oddajemy do Państwa rąk kolejny - VIII tom monografii „*Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych”.*

Przedstawiona Monografia powstała z inspiracji kontynuowania podjętych we wcześniejszych opracowaniach tematów związanych z istotną rolą, jaką pełni promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna w kwestiach utrzymania, potęgowania czy przywracania zdrowia.

Zdrowie jest jedną z najwyżej cenionych wartości każdego człowieka. W obecnych czasach szybkiego tempa życia często zapominany o jego znaczeniu, aż do momentu, gdy pojawi się dysfunkcja, pojawi się choroba.

Mamy świadomość, że poruszana w Monografii tematyka nie wyczerpuje całej, jakże szerokiej problematyki, ale jest zbiorem przemyśleń przedstawicieli różnych dziedzin nauki, ich indywidualnych doświadczeń i badań prowadzonych w szeroko pojmowanych aspektach zdrowia i choroby.

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

Zespół redakcyjny

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Jankowiak

Dr hab. n. med. i n. o zdr. Beata Kowalewska

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

SPIS TREŚCI

KONSEKWENCJE ROZWOJOWYCH OGRANICZEŃ DYNAMIKI JĘZYKA SPOWODOWANYCH ANKYLOGLOSJĄ U NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT 17
Agnieszka Dombrowska-Pali, Weronika Plata

ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA 25
Joanna Girzelska, Katarzyna Wiśniewska, Maria Malm, Renata Korzec

WPŁYW ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW 58
Katarzyna Wiśniewska, Joanna Girzelska, Maria Malm, Agnieszka Biaduń

POZIOM WIEDZY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO NA TEMAT ZAKAŻEŃ SARS-CoV-2 77
Monika Kozestańska – Oczkowska, Dorota Kowalczyk, Mariola Ostrowska, Katarzyna Wiśniewska, Maria Malm

POSTRZEGANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI PRZEZ WYBRANE GRUPY SPOŁECZNE 107
Katarzyna Wiśniewska, Joanna Girzelska, Małgorzata Poniewozik

CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE STOSUNEK STUDENTÓW KIERUNKÓW TECHNICZNYCH WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI 129
Joanna Girzelska, Katarzyna Wiśniewska, Maria Łakoma

ŚMIERĆ PNIA MÓZGU A TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW 162
Sylwia Stankiewicz, Krystyna Klimaszewska

POSTAWA I WIEDZA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT ŚMIERCI PNIA MÓZGU A TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW 175
Sylwia Stankiewicz, Krystyna Klimaszewska

STAN WIEDZY NA TEMAT PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ WŚRÓD POPULACJI POWIATU BIAŁOSTOCKIEGO 196
Mateusz Dariusz Pasiuk, Krystyna Klimaszewska

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ 225
Patrycja Ślepowrońska, Krystyna Klimaszewska

SEKSUALNOŚĆ KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM I JEJ ZWIĄZEK Z NASILENIEM RYZYKA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH 256
Marzena Kaźmierczak, Natalia Napierska

CIELESNE ZABURZENIE DYSMORFICZNE - CHOROBA CIAŁA I DUCHA 271
Anna Grajewska, Karolina Wanda Borkowska, Edyta Rysiak

WPŁYW SZKOŁY RODZENIA NA AKTYWNY PORÓD DROGAMI NATURY 277
Małgorzata Gierszewska, Katarzyna Politowska

OCENA UWARUNKOWAŃ URAZÓW KROCZA PODCZAS PORODÓW DROGAMI NATURY..... 289
Grażyna Gebuza, Aleksandra Zgrzebniak

NACIĘCIE KROCZA JAKO WYZWANIE WSPÓŁCZESNEGO POŁOŻNICTWA..... 301
Alicja Gdaniec

ANALIZA OKOLICZNOŚCI WYSTĘPOWANIA ŻÓŁTACZKI U NOWORODKÓW PODDANYCH PROCESOWI HOSPITALIZACJI..... 309
Dorota Albrychowicz, Anna Jenczura

PRZYGOTOWANIE, PIELĘGNACJA ORAZ WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE PACJENTÓW Z CHOROBĄ NOWOTWOROWĄ LECZONYCH METODĄ RADIOTERAPII – ROLA PIELĘGNIARKI..... 318
Anna Makar, Elżbieta Szlenk-Czyczerska

PRAWIDŁOWE ŻYWIENIE I NIEDOŻYWIENIE U OSÓB STARSZYCH..... 331
Marzena A. Humańska, Katarzyna Betke, Danuta Ponczek, Klaudia Kawa, Anna Andruszkiewicz, Agnieszka Pluta

PROBLEMY ZDROWOTNE WIEKU GERIATRYCZNEGO..... 340
Karolina Parafiniuk, Barbara Jankowiak

ŻYWIENIE W CELIAKII JAKO PODSTAWA LECZENIA TEGO SCHORZENIA..... 352
Justyna Leończuk, Anna Witkowska

KONSEKWENCJE ROZWOJOWYCH OGRANICZEŃ DYNAMIKI JĘZYKA SPOWODOWANYCH ANKYLOGLOSJĄ U NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT

Agnieszka Dombrowska-Pali[1,2], Weronika Plata[3]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Położniczo – Ginekologiczny Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu
3. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Wędzidełko języka to włóknisty fałd błony śluzowej, który łączy dolną powierzchnię języka z dnem jamy ustnej. Fałd ten stanowi pozostałość embriologiczną i nie posiada użytecznej funkcji w życiu człowieka. Wędzidełko języka powstaje w wyniku niedostatecznej apoptozy we wczesnym etapie oddzielenia się języka od dna jamy ustnej. Zbudowane jest z luźnej tkanki łącznej z włóknami sprężystymi pomiędzy dwoma blaszkami błony śluzowej. Grubość i wielkość włóknistego fałdu błony śluzowej w pozycji spoczynkowej u noworodków i niemowląt jest różna i zmienia się podczas wykonywania ruchów języka. W sytuacji, gdy budowa anatomiczna wędzidełka ogranicza normalne ruchy języka, nazywamy to zjawisko skróconym wędzidełkiem podjęzykowym lub ankyloglosją. Krótkie wędzidełko językowe lub jego wadliwy przyczep skutkuje całkowitym lub częściowym przytwierdzeniem języka do dna jamy ustnej. Takie umiejscowienie znacznie ogranicza prawidłowe ruchy języka i powoduje upośledzenie jego funkcji. Skutkuje to m.in. zmianą pozycji spoczynkowej języka i zaburzeniami w jego ruchomości, co z kolei wpływa na rozwój zgryzu, wymowę, a także zaburza czynności ssania, połykania, oblizywania ust, a także formowania kęsa. Krótkie wędzidełko podjęzykowe według danych statystycznych częściej występuje u chłopców niż u dziewczynek. Literatura przedmiotu wskazuje, że częstość występowania anomalii waha się w granicach od 0,8% do 12,7% [1]. Tak duża rozbieżność występowania wynika z faktu, że istnieje zbyt mało jednoznacznych kryteriów diagnostycznych rozpoznania skróconego wędzidełka. Łagodne formy skróconego wędzidełka mogą ulegać samokorekcie w toku

rozwoju języka, w okresie między 6 miesiącem, a 6 rokiem życia. Przy diagnozowaniu ankyloglosji istotna jest również prawidłowa motoryka języka. Jej ocenie podlegają: unoszenie języka, jego wysuwanie i ruch boczny języka w odruchu lateralnym. Unoszenie języka zdaje się być sprawą dość prostą w zaobserwowaniu, ponieważ można tego dokonać na przykład, kiedy dziecko płacze. Prawidłowo język powinien unosić się, minimum do połowy wysokości otwartych ust, a w przypadku skróconego wędzidełka uniesienie to jest mechanicznie ograniczone. Skrócenie wędzidełka języka typu pierwszego i drugiego uniemożliwia uniesienie języka bądź możliwe jest uniesienie wyłącznie jego brzegów tworząc przy tym charakterystyczną ,,miskę''. Możliwość wysunięcia języka u dzieci, które mają skrócone wędzidełko jest bardzo znikoma. Język w tym przypadku praktycznie nie jest w stanie wysunąć się na dolną wargę, wysunięcie możliwe jest jedynie do poziomu linii dolnych dziąseł. Bardzo łatwo zaobserwować to zjawisko prowokując odruch lizania bądź wykorzystując autostymulację oralną. Ostatnim czynnikiem określającym motorykę jest ruch boczny języka, który można ocenić poprzez stymulację u niemowlęcia odruchu lateralnego języka. Polega to na tym, że w momencie przesuwania palca po dolnym dziąśle (od środka od strony prawej i od środka do strony lewej) dziecko powinno automatycznie podążać językiem za bodźcem-palcem. U dzieci ze skróconym wędzidełkiem brak jest ruchów bocznych, lub są one bardzo ograniczone – w kierunku za bodźcem będzie podążać tylko środkowa część języka. Do oceny miejsc przyczepów wędzidełka języka służy klasyfikacja opracowana według Elizabeth Coryllos. Wędzidełka podjęzykowe typu 1. i 2. określane są mianem przednich, a typu 3. i 4. mianem tylnych. Typ 4. nazywany jest wędzidełkiem podśluzówkowym. Natomiast najczęściej wykorzystywanym narzędziem do oceny funkcji wędzidełka językowego i obszernej oceny tej anomalii jest skala Hazelbaker [2].

ROZWINIĘCIE

Niemowlęta z ankyloglosją mają skłonność do zaburzonego rytmu ssania i gorszego uszczelniania się na piersi podczas ssania, co najprawdopodobniej generuje u nich aerofagię, czyli zaburzenie przewodu pokarmowego polegające na połykaniu zbyt dużej ilości powietrza. Kotlow zaprezentował symptomy, które jego zdaniem, najczęściej pojawiają się w refluksie wywołanym aerofagią ,,*ang. aerophagia-induced reflux -AIR*''. Należą do nich m.in.: wymioty, ulewania po karmieniu piersią/ butelką, drażliwość i płacz, ogólny niepokój, tendencja do częstych gazów, twardy, wydęty brzuszek po karmieniu, słabe i płytkie chwytanie piersi, ,,klikanie'', ,,cmokanie'' w trakcie karmienia, połykanie dużej ilości powietrza, powolny

przyrost masy ciała [3]. Wyniki badania Slagter potwierdzają, że objawy refluksu żołądkowo-przełykowego u niemowląt ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym spowodowane są przez aerofagię, a wykonany u tych dzieci zabieg frenotomii znacznie zmniejszył objawy refluksu. Badania wykazały, że największe zmniejszenie objawów zaobserwowano już w pierwszym tygodniu po wykonanej operacji [4]. Inne badanie przedstawiają, że frenotomia spowodowała lepsze uszczelnienie jamy ustnej dziecka wokół brodawki sutkowej i poprawę jej chwytu, co skutkowało mniejszą ilością połykanego powietrza, a ostatecznie zmniejszeniem objawów refluksu [5].

Obturacyjny bezdech senny jest zaburzeniem układu oddechowego, charakteryzujący się nawracającą obturacją dróg oddechowych podczas snu, a jego przyczyny zazwyczaj są wieloczynnikowe. Wśród czynników anatomicznych obturacyjnego bezdechu sennego można przytoczyć skrzywioną przegrodę nosową, przerost migdałków podniebiennych, czy wady w budowie szczęki m.in. szczęka poprzeczna. W kilku badaniach stwierdzono, że skrócone wędzidełko językowe może prowadzić do zmian we wzroście twarzoczaszki, z konsekwencjami oddechowymi, w tym obturacyjnym bezdechem sennym [6]. Nienormatywne oddychanie, które jest charakterystyczne dla niemowląt z ankyloglosją prowadzi do nieprawidłowego rozwoju ustno-twarzowego i zmniejsza prawidłowy rozmiar górnych dróg oddechowych. Oddychanie ustami przez sen ogranicza przepływ powietrza, a następnie skutkuje pogorszeniem obturacji, co w konsekwencji doprowadza do obturacyjnego bezdechu sennego. Dlatego istnieją dowody na związek między obecnością skróconego wędzidełka językowego i istnieniem zmian w rozwoju twarzoczaszki, z możliwymi konsekwencjami dla budowy górnych dróg oddechowych. W jednym z przeprowadzonych badań próba badana liczyła 37 dzieci w wieku od 13. miesięcy do 12. lat. Dwudziestu czterech z tych dzieci było chrapiących podczas snu przed poddaniem się zabiegu frenotomii, z czego szesnaścioro z nich zniwelowało chrapanie po przebytej operacji. W innych badaniach autorzy wykazali, że plastyka wędzidełka językowego związana z terapią miofunkcjonalną jest bezpieczna i potencjalnie skuteczna dla leczenia oddychania ustami i chrapania. Wyniki badania Baxter'a z 2020. roku wykazały, że w pierwszym tygodniu po zabiegu frenotomii aż 85% rodziców zauważyło ogólną poprawę snu ich dzieci z ankyloglosją. W miesiąc po wykonanym zabiegu poprawę snu zgłosiło 83% rodziców. Według doniesień rodziców ich dzieci spały spokojniej, mniej zgrzytały zębami, mniej chrapały i co ciekawe oddychanie przez usta podczas snu zostało wyraźnie zmniejszone.

Powszechnie istnieje przekonanie, że ankyloglosja poprzez ograniczoną ruchomość języka może mieć wpływ na artykulację. Według badań wady artykulacyjne są najczęściej występującymi wadami na skutek skrócenia wędzidełka podjęzykowego u przedszkolaków i dzieci w starszym wieku. Badania Meissnera wskazują, że 71% małych dzieci z ankyloglosją miało zaburzenia mowy związane z ograniczeniem ruchomości języka. Związek dotyczący wymowy i jakości ruchów języka jest statystycznie istotny dla większości fonemów. Prawidłowa artykulacja podczas wymawiania głosek przednio-językowo-dziąsłowych: „*r, sz, ż, cz, dż, ś, ź, ć, dź, ń*" w sposób szczególny wymaga pełnego zakresu ruchomości języka. Ankyloglosja obniża sprawność motoryczną języka, w szczególności jego koniuszka, który nie jest w stanie wykonać drobnych, szybkich i precyzyjnych ruchów wibracyjnych niezbędnych dla wytworzenia wyżej wymienionych głosek, w szczególności zaś prawidłowego „*r*" . Mimo tego, związek między ankyloglosją, a zaburzeniami mowy pozostaje jednak dość kontrowersyjny na skutek zbyt małej ilości przeprowadzonych badań i ostatecznie wątpliwych wyników. Badanie prospektywne Baxter'a dotyczyło frenotomii podjęzykowej przeprowadzonej przy użyciu lasera, a następnie terapii miofunkcjonalnej. W badaniu tym uwzględniono 37 pacjentów ze średnią wieku 4,2 lata, z czego 62% stanowili chłopcy, a 38% dziewczęta. Badanie obejmowało ocenę mowy, jedzenia, snu i inne powiązane objawy. Wyniki, które były obserwowane w pierwszym tygodniu po wykonanym zabiegu to poprawa mowy, którą zgłosiło aż 76% rodziców. Po miesiącu poprawę artykulacji zgłosiło już 89% rodziców [7]. W innym badaniu do analizy wzięto pod uwagę 25. uczestników płci męskiej w przedziale wiekowym od 24. do 87. miesięcy. Wszyscy rodzice prezentowanych dzieci zgłosili obawy związane z rozwojem mowy dziecka, które, jak wierzyli miały być związane ze skróconym wędzidełkiem językowym. Troje rodziców wyraziło również szczególne obawy dotyczące uboższego słownictwa. Wszystkie te dzieci bezproblemowo przeszły operację frenotomii i nie odnotowano żadnych powikłań. Zadaniem słuchaczy była ocena zrozumiałości mowy dzieci za pomocą wcześniej nagranych próbek audio podczas mówienia, zarówno przed zabiegiem frenotomii, jak i po zabiegu. Specjaliści ocenili, że większość błędów mowy (87,9%) dotyczyła wieku i niedostatecznego rozwoju, a błędy artykulacyjne wcale nie wynikały z ograniczonego ruchu języka. Wykazano również, że zaburzenia artykulacji, brak płynności mowy, zaburzenia fonologiczne mają prawo istnieć, a nauka prawidłowych dźwięków i wymowy powinna rozwijać się do późnego dzieciństwa [8]. Pozwoliło to wyciągnąć wniosek, że błędy artykulacyjne mowy nie powinny być pochopnie wiązane z ankyloglosją. Niemniej jednak nie powinno się wykluczać istnienia zależności skróconego wędzidełka podjęzykowego

z obecnością zaburzeń artykulacji. Należy jak najbardziej brać pod uwagę tą zależność u dzieci mających problemy z wymową.

Ograniczone ruchy języka znacząco wpływają na jego funkcję, ingerując przy tym również w łuk zębowy i prawidłowy układ zębów. Kilku autorów opisało zależność między zaburzeniami czynnościowymi jamy ustnej i występujących w niej mięśni, a także znaczenie prawidłowej pracy tych mięśni w kontekście wykształcenia prawidłowego układu stomatognatycznego. Karmienie piersią, które zaleca Światowa Organizacja Zdrowia przez okres przynajmniej pierwszych 6. miesięcy życia dziecka odgrywa istotną rolę w dojrzewaniu mięśni okołoustnych, a tym samym sprzyja rozwojowi prawidłowego oddychania i połykania. Przebadano 595 pacjentów w wieku między 1. a 14. rokiem życia w kontekście ustalenia związku między zaburzeniami pracy mięśni jamy ustnej i czasu naturalnego karmienia piersią. Aż 54% próby badanej wykazało zmiany w układzie stomatognatycznym (oddychanie przez usta, zgryz otwarty, nietypowe połykanie), a w tym blisko 70% badanych było karmionych piersią przez mniej niż 6 miesięcy. Dzięki tej analizie można wnioskować, że normatywny wzrost i rozwój twarzy zależą od prawidłowo wykształconego układu mięśni i układu stomatognatycznego, a wszelkie dysfunkcje oddychania, ssania, połykania, żucia i fonacji są ściśle związane ze zmianami w kształcie łuków zębowych [9]. Literatura przedmiotu wskazuje, że problemy w karmieniu piersią lub całkowite zaprzestanie karmienia piersią, które jest spowodowane ankyloglosją, wpływa na niedostatecznie wykształconą pracę mięśni jamy ustnej, co w konsekwencji może powodować nieprawidłowe ustawienie zębów w łukach zębowych. Badania, które miały na celu określić, jak skrócone wędzidełko językowe wpływa na laktację wykazały, że blisko 92% matek niemowląt z ankyloglosją miało trudności z karmieniem piersią. Subiektywne skargi, które najczęściej zgłaszały matki to m.in. problemy z przystawieniem do piersi, bóle brodawek sutkowych, zastój mleka w piersi i wydłużony czas trwania poszczególnych sesji karmienia [6]. Z pozoru bardzo łatwe, w praktyce jednak znacznie trudniejsze - przystawienie dziecka ze skróconym wędzidełkiem do piersi. Z badań wynika, że każde przystawienie zwykle wiązało się z nieprawidłowym zassaniem piersi, a w konsekwencji z bolesnością brodawki sutkowej. Ból brodawek sutkowych jest jednym z głównych wskaźników ankyloglosji i bardzo często jest źródłem niepowodzeń w karmieniu piersią. Kobiety najczęściej zgłaszają bolesne uszkodzenia brodawek sutkowych oraz zaczerwienienie otoczki brodawki sutkowej. Problematyczne bywają również sesje karmienia – dzieci zwykle męczą się przy karmieniu, robią sobie częstsze przerwy podczas ssania, co w konsekwencji znacząco wydłuża cały czas karmienia. Stosunkowo łatwo można usłyszeć od dziecka nietypowe dźwięki podczas połykania i często nawracającą czkawkę. Dziecko może mieć

trudności z połykaniem pokarmu i w konsekwencji krztusić się. Niekiedy dochodzi do pokaszliwania i zwracania wcześniej pobranego pokarmu. Niemowlęta, u których proces pobierania pokarmu jest nieefektywny cechują się nieoptymalnym przyrostem masy ciała. Według badań prowadzonych na temat odczuć matek dotyczących karmienia dzieci z ankyloglosją, wiele z nich miało poczucie własnej winy i zarzucało sobie, że nie są w stanie właściwie wykarmić własnego dziecka [10]. W jednym z artykułów opublikowano kwestionariusz, w którym zamieszczono odpowiedzi matek na pytania dotyczące problemów laktacyjnych, wynikających ze skróconego wędzidełka podjęzykowego u dziecka. Na pytanie o czas, który upływa pomiędzy kolejnymi sesjami karmień, aż 84% matek zadeklarowało, że jest on krótszy niż jedna godzina, co niewątpliwie świadczyłoby o nieefektywnym ssaniu. Większość grupy badanej, bo aż 94% przyznało, że dziecko podczas ssania bardzo często przysypia, a 72% zadeklarowało, że zauważyło zmęczenie i znużenie dziecka podczas pobierania pokarmu. Jeśli chodzi o utrudniony proces chwytania i ssania piersi, to 78% kobiet potwierdziło, że odczuwają ciężkie ssanie dziecka, a 56% kobiet przyznało, że podczas karmienia zmagają się z uporczywym bólem brodawek sutkowych. W kwestii koordynacji ssanie-połykanie aż 52% kobiet zgłosiło, że często słyszą nadmierne dźwięki podczas połykania, a 42% odnotowało notorycznie nawracającą czkawkę. U 24% dzieci wystąpił kaszel, a 36% dzieci zmagało się z ulewaniem pokarmu [11]. Jak pokazują badania, niektóre niemowlęta z ankyloglosją mogą być z powodzeniem karmione naturalnie do pierwszych 2 miesięcy i nie zaobserwuje się u nich szczególnych trudności. Mimo tego, rozpoznanie wszelkich niedogodności w karmieniu piersią ma kluczowe znaczenie dla wspierania kobiet karmiących i niemowląt. Ponadto kobiety, które doświadczają trudności i mają z tego powodu negatywne doświadczenia dotyczące laktacji, są aż trzykrotnie bardziej narażone na rozwój depresji poporodowej. Wszelkie dolegliwości i utrudnienia w karmieniu piersią, wynikające z ankyloglosji powinny być rozwiązywane poprzez wdrożenie skutecznych interwencji i zapewnienie odpowiedniego wsparcia, również psychicznego przez wykwalifikowane osoby ochrony zdrowia [12]. Po ocenie zachowania dziecka przy karmieniu powinno się zwrócić uwagę na wygląd piersi mamy. Jedne z najczęstszych dolegliwości, jakie mogą zgłaszać matki dzieci z skróconym wędzidełkiem językowym to dyskomfort, ból i poranione brodawki. Niepoprawne ruchy języka podczas ssania mogą spowodować, że brodawki staną się pomarszczone, spłaszczone lub zblanszowane. Spłaszczenie brodawki może występować pod postacią spłaszczenia obustronnego, spłaszczenia od dołu bądź spłaszczenia po jednej ze stron. Bardzo często brodawki są popękane, posiniaczone i mogą być pokryte pęcherzami.

Niekiedy można zaobserwować jasną pręgę na brodawce sutkowej, podłużne rany i strupy na jej szczycie. Charakterystyczny jest również słaby drenaż piersi. Mamy dzieci ze skróconym wędzidełkiem językowym prawie w ogóle nie odczuwają opróżnienia piersi po karmieniu Mają wręcz wrażenie, że pierś jest wciąż przepełniona, dochodzi do zastojów czy zapaleń piersi i w konsekwencji do pogorszenia produkcji pokarmu [13].

PODSUMOWANIE

1. Ankyloglosja, czyli skrócone wędzidełko podjęzykowe u noworodka obecnie stanowi wyzwanie zarówno dla lekarzy specjalistów, położnych, jak i doradców laktacyjnych. Anomalia ta najczęściej wiąże się z trudnościami w przystawieniu dziecka do piersi i nieprawidłowym przyrostem masy ciała dziecka. Należy również pamiętać, że w wielu przypadkach poranione brodawki sutkowe kobiety lub wystąpienie problemów w obrębie gruczołu piersiowego (zastój pokarmu/zapalenie piersi) są wskazaniami do dokładnego badania jamy ustnej dziecka, które pozwala na zdiagnozowanie ankyloglosji.
2. U noworodka ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym karmionego piersią występują przede wszystkim problemy związane z nieprawidłowym ruchem języka uniemożliwiającym efektywne pobieranie pokarmu, co powoduje u noworodka nieprawidłowy przyrost masy ciała, płacz, rozdrażnienie, prężenie podczas karmień, ulewania po karmieniu, występowanie kolek.
3. Noworodek, a także starsze dziecko ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym w toku rozwoju narażony jest na takie problemy jak: występowanie refluksu żołądkowo-przełykowego, trudności w pobieraniu pokarmu i formowaniu kęsa, wady zgryzu i uzębienia, obturacyjny bezdech senny, a także wady wymowy i trudności artykulacyjne.

PIŚMIENNICTWO

1. O'Connor ME., Gilliland AM., LeFort Y.: Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. International Breastfeeding Journal 2022; 17(1): 39.

2. Guinot JF., Carranza BN., Veloso DA. et al.: Prevalencia de anquiloglosia en neonatos y relación con datosauxológicos del reciénnacido o con otrasmalformaciones o enfermedadesasociadas. Revista De Odontopediatría Latinoamericana 2021; 11 (1): 1-10.
3. Kotlow L.: Infant Reflux and Aerophagia Associated with the Maxillary Lip tie1 and Ankyloglossia (Tongue-tie). Clinical Lactation 2011; 2 (4): 25-29.
4. Slagter KW., Raghoebar GM., Hamming I. et al.: Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. Clinical Oral Investigations 2021; 25(6): 3431-3439.
5. Hand P., Olivi G., Lajolo C. et al.: Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1:Breastfeeding and gastroesophageal reflux disease improvement after tethered oral tissues release. European Journal of Paediatric Dentistry 2020; 21 (4): 309-317.
6. Martinelli RLC., Marchesan IQ., Gusmão RJ. et al.: Effect of Lingual Frenotomy on Tongue and Lip Rest Position: A Nonrandomized Clinical Trial. International Archives of Otorhinolaryngology 2022; 26(1): 69-74.
7. Bussi MT., Corrêa CC., Cassettari AJ. et al.: Is ankyloglossia associated with obstructive sleep apnea? Brazilian Journal Otorynolaryngology 2021; (21): 181-186.
8. Melong J., Bezuhly M., Hong P.: The Effect of Tongue-Tie Release on Speech Articulation and Intelligibility. Ear Nose & Throat Journal 2021; 1-5.
9. Pompéia LE., Ilinsky RS., Ortolani CLF. et al.: Ankyloglossia and its influence on growth and development of the stomatognathic system. Revista Paulista de Pediatria 2017; 35(2): 216-221.
10. Waterman J., Lee T., Etchegary H. et al.: Mothers' experiences of breastfeeding a child with tongue-tie. Maternal & Child Nutrition 2021; 17(2): 1-9.
11. Lima ALX., Dutra MRP.: Influence of frenotomy on breastfeeding in newborns with ankyloglossia. CoDAS 2021; 33 (1): 1-5.
12. Bruney TL., Scime NV., Madubueze A. et al.: Systematic review of the evidence for resolution of common breastfeeding problems—Ankyloglossia (TongueTie). Acta Pediatricia 2022; 111(5): 940-947.
13. Żukowska-Rubik M., Jasińska K., Raczek-Pakuła K. i wsp.: Frenotomia u noworodków i niemowląt – przegląd aktualnej literatury i propozycja zaleceń. Standardy Medyczne Pediatria 2019; 16: 188-200.

ZESPÓŁ WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Joanna Girzelska[1], Katarzyna Wiśniewska[2,3], Maria Malm[4], Renata Korzec[5]

1. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
2. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
3. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
4. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania Uniwersytet Medycznego w Lubinie
5. Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

WSTĘP

Praca i jej komponenty towarzyszą ludziom od dawien dawna. W większości przypadków każdy sam może zadecydować jak i gdzie chciałby pracować. Czasem jest to spełnienie marzeń, w innej sytuacji przymus a nawet zbieg okoliczności. Praca oprócz pozytywnych korzyści, a także głównego źródła utrzymania i samodzielnej egzystencji potrafi człowiekowi przysporzyć wielu problemów a także negatywnych emocji. Coś co powinno być źródłem zadowolenia a także samorealizacji nagle zaczyna stopniowo wypalać i oddalać od sensu istnienia człowieka jako pracownika.

Przewlekły stres towarzyszący codziennej pracy może zaburzać nie tylko funkcjonowanie psychiczne danego człowieka, ale także może wpływać na jego zdrowie fizyczne i być źródłem szeregu dolegliwości, których podłoże często jest mylnie diagnozowane oraz bagatelizowane, bądź niewłaściwe leczone pogarszając tym samym stan danej osoby.

Definicje i ujęcie problemu wypalenia zawodowego

Zespół wypalenia zawodowego, mimo iż już wiele lat jest rozpoznawany a także uznawany za problem to nie doczekał się oficjalnej definicji. Nie mniej jednak pojawiło się wiele prób przedstawienia tego zjawiska w bardziej szczegółowy sposób. Ponadto z upływem lat zaczęto coraz bardziej precyzować to zjawisko [1]. Pojęcie to pochodzi od wyrazu „burnout", co w języku polskim oznacza „wypalanie się" lub „wypalenie". Dodatkowo Sęk podkreśla, że terminy te odnoszą się do różnych znaczeń [2].

Obecnie mówi się, że syndrom wypalenia zawodowego przyczynia się do powstawania wielu czynników niskiej wydajności pracowników, a także zmiany zachowania pracowników [3]. Warto także dodać, że psychiatra Kępiński zauważył, iż wypaleni zawodowo są częściej osoby, które mają wysokie ambicje. Osoby, które cechują się perfekcjonizmem często wymagając od siebie zbyt dużo podatni są na wyczerpanie w pracy [3].

Wypalenie zawodowe może dotyczyć tak naprawdę każdego z zawodów, a także każdego z pracowników. Jednak pewne zawody są bardziej, a inne mniej narażone na możliwość wypalenia swoich pracowników.

Do takich zawodów z pewnością zaliczyć można zawody profesji medycznych. Personel medyczny codziennie wielokrotnie ma od czynienia z ludźmi przede wszystkim chorymi, często nawet takimi, którym nie zawsze da się pomóc a medycyna wobec nich jest bezradna. Stan pacjentów często oddziaływać będzie na stan personelu medycznego. Lief oraz Fox byli zdania, że już trakcie kształcenia powinno wypracowywać się wśród studentów kierunków medycznych postawy, które z jednej strony będą potrafiły łączyć zaangażowanie w chorobę pacjenta z jednoczesną biernością wobec jego choroby. Dodatkowo wypracowanie takich postaw w dalszej pracy mogłoby być ich zdaniem czynnikiem chroniącym w rozwoju wypalenia zawodowego [4]. Z kolei psycholog Burisch jest zdania, iż wypalenie zawodowe to pewnego rodzaju kryzys [1].

Psycholog Zimbardo nazywa proces wypalenia jako *„obronna dehumanizacja”,* co tłumaczone było jako *„proces zabezpieczenia siebie przed paraliżującymi emocjami, poprzez oddziaływanie na innych ludzi, bardziej jak na przedmioty, niż na osoby”*. Definicje tą ukształtował m.in. eksperyment z lat 60. XX w., który przebiegał w więzieniu z udziałem studentów [5].

Freudenberger proces wypalenia zawodowego określa jako *„stan wyczerpania spowodowany nadmiernymi żądaniami stawianymi przez środowisko i samą osobę*” [6]. Teoria ta została wysnuta po analizie badań jakie zostały przeprowadzone na młodych ludziach, których zadaniem była opieka nad ludźmi, którzy mieli problemy z narkotykami a dokładniej byli uzależnienie od nich. Badania te pokazały, że osoby te nie osiągały efektów pracy jakie im przedstawiono, co więcej zaobserwowano u nich objawy takie jak: wahania nastojów a także zniechęcenie oraz znużenie. Dodatkowo pojawiły się bóle głowy i spadek energii [6]. Należy również wspomnieć, że Freudenberger zauważył, że wyczerpani są ludzie, którzy w swojej pracy pomagają innym. Do tych zawodów zaliczył m.in.: nauczycieli oraz duchownych, jak również lekarzy oraz pielęgniarki. Można powiedzieć, że te przesłanki były początkiem kolejnych rozważań [7, 8]. Stres jest również czynnikiem, który będzie predysponował do

wypalania się pracownika, zwłaszcza gdy jego charakter jest przewlekły. Freuenberger wraz z Northem podają, że *„wypalenie zawodowe to stan, który krystalizuje się powoli, przez dłuższy okres przeżywania ciągłego stresu i zaangażowania całej energii życiowej i który w końcowym efekcie wywiera negatywny wpływ na motywacje, przekonania i zachowanie”* [9, 10]. Osoby takie w coraz większym natłoku obowiązków i aspiracji zatracają się tak naprawdę sami. Chęć otrzymania pochwały będzie wiązało się ze świadomym przyzwoleniem na dodatkowe obowiązki [10]. Ponadto syndrom wypalenia North wraz z Freudenbergerem rozłożyli na 12 etapów [6].

Maslach miała największy wkład jeśli chodzi o badania związane z wypaleniem zawodowym, dzięki owocnej współpracy z Jakson, z którą współpracowała badając profesje, które ukierunkowane są na pomoc innym ludziom [7, 11]. Zdaniem autorki wcześniej brakowało uznania wypalenia zawodowego jako problemu, a nawet traktowano go jako tabu [11].

Szerzej o wypaleniu zawodowym także pisali Gołembiewski i Cherniss, którzy byli zdania, iż wypalenie zawodowe stanowi ogromny problem dla tych zawodów, które mają za zadanie pomoc innym. Objawami wypalenia w ich rozumowaniu była przede wszystkim absencja, niska wydajność pracy, a także znacznie częstsza zmiana dotychczasowej pracy na inną. Pojawiły się również problemy psychologiczne [12].

Choć przez wiele lat problem wypalenia zawodowego stawał się coraz bardziej bliższy to mimo tego trudno jednoznacznie stwierdzić, w którym momencie następuje moment wypalenia.

Kolejne definicje coraz bardziej precyzowały to określenie. Definicja z 1980 roku podaje, że jest to *„stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświecenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody”* [13]. Można powiedzieć, że wypalenie zawodowe występuje w momencie braku osiągania celów i aspiracji stawianych sobie w trakcie pracy zawodowej [14].

Polscy specjaliści również zajmowali się tematyką wypalenia zawodowego. Intensywny czas badań nad tym terminem przypada na lata 90. Oni również przyczyniali się do próby utworzenia definicji wypalenia zawodowego. Jedną z nowszych jest ta, która bazując na poprzednich mówi, że wypalenie zawodowe dotyka tych, którzy wykonują zawody mając do czynienia bezpośrednio z drugą osobą, a także towarzyszy im w tym przewlekły stres, którego podłożem jest charakter wykonywanej pracy. W wyniku tego następuje wyczerpanie psychofizyczne oraz dystans zawodowy jak również mniejsze zaangażowanie w wykonywaną przez daną osobę pracę [8, 15, 16].

Podsumowując można stwierdzić, że każdą z wcześniej zaprezentowanych definicji niezależnie od autora i czasu jej tworzenia cechuje kilka zmiennych do których zaliczyć można m.in.: ogromne zaangażowanie a w następstwie brak realizacji wyznaczonych celów, jak również stres towarzyszący oraz praca mająca za zadanie pomoc innym. Zauważono także, że dotyczy to częściej pewnych zawodów, a rzadziej bądź wcale innych.

Czynniki oraz przyczyny wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe można określić jako rozwijające się cicho i w ukryciu o powolnym przebiegu. Co więcej w początkowej fazie często jest mylone, bagatelizowane, a także niepoprawnie interpretowane zarówno przez otoczenie, jak również przez samego wypalonego.

Wśród symptomów wypalenia zawodowego wyróżnić można:

- *Niechęć pojawiająca się w codziennym uczęszczaniu do pracy* – ten objaw, mimo iż powinien wydawać się charakterystyczny dla wypalenia zawodowego, to z drugiej strony często brak chęci do pracy może wynikać z chwilowego spadku formy lub przemęczenia.
- *Przepracowanie* – jest to kolejny objaw, który odczuwany jest przez każdego pracownika inaczej w związku z czym ciężko sprecyzować od jakiego poziomu przepracowania może rozpocząć się wypalenie.
- *Brak zapału do pracy* – tak jak powyższe ten objaw jest również odczuciem subiektywnym danej osoby.

Dodatkowo wymienia się także inne objawy tj.: problemy z opanowaniem swoich emocji i to nie tylko na tle zawodowym, ale również rodzinnym, prywatnym. Ponadto wyróżniono też brak zapału oraz chorowanie o przebiegu przewlekłym. Stres o charakterze ciągłym powoduje wiele chorób oraz dysfunkcji w organizmie [17].

Literatura podaje, że są tacy, których zdaniem wypalenie zawodowe zupełnie ich nie może dotyczyć; przekonują, że mają oni pełną kontrolę nad pracą, jak również i życiem osobistym. Teza ta jednak nie ma pokrycia w praktyce. Wiedza na temat syndromu wypalenia zawodowego, a także pełna jego świadomość w żaden sposób nie będzie rzutowała na to, czy dana osoba jest na niego narażona [7].

Badania przeprowadzone przez Maslach pokazują, że na wypalenie zawodowe wpływać będą mogły czynniki zależne od człowieka, ale też takie czynniki, które w żaden sposób nie będą zależne od danej osoby. Czynnikiem takim jest otoczenie, a także system danej pracy.

Z badań Maslach nasuwa się także dosyć jasny wniosek: konsekwencje wypalenia nie będą jedynie związane z danym pracownikiem, ale również jego środowiskiem pracy [18]. Materiał zebrany przez Maslach w postaci licznych wywiadów ukazuje, że zawody, których zadaniem jest oferowanie świadczeń opiekuńczych jest specyficznym zawodem, gdzie wyczerpanie spowodowane zmęczeniem wynikającym z rodzaju wykonywanego zawodu winno być w szczególny sposób traktowane [18].

Pines z kolei podaje, że osoby wypalone zawodowo dążą do tego, by wywierać wpływ na współpracowników. Osoba taka chce być przede wszystkim liderem w swoim otoczeniu pracowniczym. Gdy cel nie zostanie osiągnięty u tej osoby następuje wewnętrzna porażka. Dodatkowo Pines twierdzi, że osoby takie są zdania, że angażując się z nadmiarem w życie zawodowe odnajdą sens własnego życia [19]. Po tych twierdzeniach można więc wnioskować, że osoby nie wypalają się bezpośrednio przez pracę, ale także wpływ na to może mieć życie prywatne.

Nieodzownym elementem składowym wypalenia zawodowego jest stres. Jednak należy pamiętać, że stres nie zawsze jest jego ewidentną przyczyną. Stres towarzyszy tak naprawdę zawsze i na każdym etapie pracy nie mniej jednak należy pamiętać, że stres może mieć charakter także motywujący o pozytywnym znaczeniu [20]. Sęk dodaje, że zespół wypalenia zawodowego kształtują stresory m.in: niezadowolenie z pracy, a także cechy osobowościowe danej osoby [21].

Znaczniki zespołu wypalenia zawodowego

Objawy wypalenia zawodowego objawy prawie w większości przypadków będą różniły się nasileniem oraz liczebnością występowania. Nie ma jednego wyraźnego momentu, od którego będzie można jednoznacznie stwierdzić, że rozpoczął się proces wypalenia zawodowego. Ci pracownicy, u których ryzyko wypalenia jest znacznie większe charakteryzują się ogromnym oddaniem pracy a także stawianiem jej jako priorytet życiowy. Te wszystkie cechy powinny świadczyć o wzorze pracownika jednak to one są początkiem problemów, gdyż natłok obowiązków, wysokie ambicje, a także chęć bycia jak najbardziej efektywnym pracownikiem zamiast sukcesu prowadzą do „upadku" – wypalenia [22].

Do najczęstszych objawów świadczącym o pojawieniu się zespołu wypalenia zawodowego zaliczyć można:

- problemy z rytmem dobowym: bezsenność, koszmary nocne, wybudzanie się w nocy, problemy z zaśnięciem,
- chroniczne zmęczenie połączone z wyczerpaniem fizycznym

- nerwobóle, napięcie mięśni, sztywność karku, uczucie braku siły w rękach,
- problemy z układem pokarmowym – ciągłe biegunki, bóle brzucha, skurcze, brak apetytu, odbijanie się na tle nerwowym, mdłości, wymioty,
- problemy z decyzyjnością – zauważalne u osób, które dotychczas być postrzegane jako zdecydowane, stonowane, mające swoje zdanie stały się nagle niedecyzyjne,
- nałogi i uzależnienia – pojawić się może problem z nadmierną konsumpcją alkoholu lub palenie papierosów jak również sięganie po substancje psychoaktywne.

Dodatkowo, jako objaw zespołu wypalenia zawodowe zauważyć można m.in. cynizm, obojętność, izolacja, odsuwanie winy od siebie i utożsamianie jej z innymi pracownikami [22]. Proces wypalenia zawodowego amerykańscy psychologowie dzielą na 5 typowych etapów [23]:

1. ***„Honeymoon”*** – jest to początkowy etap. Cechuje go nadmierna fascynacja pracą, a także poczucie ogromnej satysfakcji w związku z odnoszonymi w niej sukcesami. W języku polskim tłumaczony ten etap jest jako „miesiąc miodowy”.
2. ***„Awaking”*** – przebudzenie. W tym etapie idealna wizja pracy i korzyści z niej płynącej ulega zachwianiu. Jednak pracownik jest w stanie zrobić wszystko, aby utrzymać swoją pracę jako idealną i siebie jako wzorowego pracownika. Posuwając się nawet do podejmowania decyzji ryzykownych, niepewnych, nieprzemyślanych stosując je w dobrej wierze.
3. Szorstkość z ang. ***„brownout”.*** Okres ten charakteryzuje się licznymi nieprzyjemnościami, konfliktami w pracy, problemami w zachowaniu dobrych relacji ze współpracownikami. Dodatkowo wypełnienie codziennych obowiązków pracowniczych staje się coraz większym wyzwaniem dla pracownika, a także kosztuje go wiele trudu.
4. ***„Full scale burn out”*** ten etap bardzo wyraźnie ukazuje już problem jaki wynika z początkowego etapu nadmiernej fascynacji pracą. W tym okresie występuje wyczerpanie zarówno fizyczne, a także psychiczne. Dodatkowo pracownik chce „uciec od pracy”, czuje że go to przytłacza, a on sam staje się wobec tej sytuacji kompletnie bezradny.
5. „***Phoenix phenomenon„*** jest końcowym etapem zwanym odradzaniem się. Jest to czas, w którym następuje zmiana zachowania pracownika, by mógł on pracować w sposób normalny, nie popadając w żadne skrajności.

Czas trwania każdego z etapów nie może zostać sprecyzowany w żadnym sposób, gdyż u każdego pracownika wypalonego może trwać inaczej.

Skutki wypalenia zawodowego

Bezsprzecznie można stwierdzić, że zespół wypalenia zawodowego będzie skutkował negatywnymi konsekwencjami zarówno dla pracownika, jak i jego otoczenia. Badań, które mówią o negatywnym wpływie na stan fizyczny danego pracownik jest niewiele. Bardziej skupiano uwagę na konsekwencjach stresu o charakterze przewlekłym, z jakimi mają do czynienia pracownicy. Maslach tłumaczy, że związane może być to z wpływem stresu na wypalenie zawodowe i, że on jest głównym podłożem zespołu wypalenia zawodowego. Dodaje także, że istnieje znikoma potrzeba głębszych badań na ten temat, gdyż jest to fakt oczywisty [24]. Istnieje teoria, która mówi, że samo wypalenie zawodowe jest dopiero czynnikiem, który może prowadzić do różnego rodzaju problemów natury psychicznej [11]. Wyniki niepoprawnych relacji w pracy a także stresu z nią związanego mogą rozprzestrzeniać się bardzo szybko, tym samym wpływając negatywnie na zdrowie fizyczne oraz psychiczne pracownika. Co więcej oprócz problemów w pracy pojawią się także te, które związane będą ze sferą prywatną pracownika (dom, rodzina) [25].

Kumulowanie się negatywnych emocji, problemów w pracy, a także silna potrzeba bycia jak najlepszym pracownikiem może skutkować wieloma problemami, do których należą m.in. [26]: obniżenie aktywności w pracy, niska wydajność pracy pracownika, absencja w pracy, konflikty z środowiskiem pracy, depresja, chroniczne zmęczenie, stany lękowe.

Profesor Anczewska dodaje *„Praca jest niewątpliwie jedną z wartości nadającą sens życia człowieka, dającą poczucie satysfakcji i spełnienia. Nie powinna jednak stać się wyłącznie drogą do sukcesu (...) uzależnieniem, które nie pozwala na odpoczynek i na zainteresowanie się sprawami innych ludzi, odbiera sposobność do korzystania z uroków życia…"* [27].

Sposoby zapobiegania zjawisku wypalenia

Wypalenie zawodowe dla wielu osób jest głównym powodem poszukiwań nowej pracy bądź przekwalifikowania się. Kiedyś warunki pracy wyglądały zupełnie inaczej niż obecnie, nie mniej jednak wypalanie się pracowników pozostało do dziś.

W obecnej dobie pracownicy są traktowani inaczej. O pracowników oprócz dyrektora lub kierownika dba dział HR (ang. *human resources*) w Polsce nazywany działem zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL). Mimo, iż pierwsze co przychodzi na myśl o dziale HR jest jedynie rekrutacja pracowników to sytuacja jednak wygląda nieco inaczej.

Obecnie dział HR to także wsparcie pracowników a także ich motywowanie, a nawet sposób rekrutacji nowej kadry odbywa się bardziej precyzyjnie [28]. Efektem tych działań są odpowiednio dobrani pracownicy do poszczególnych stanowisk pracy. Tacy pracownicy będą pracować znacznie efektywniej. Ma to także na celu minimalizowanie prawdopodobieństwa wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego. Jednak to nie tylko działania ze strony firmy będą przeciwdziałać temu zjawisku, ale przede wszystkim na to mogą wpływać i w znacznym stopniu wpływają sami pracownicy. By móc pracować i cieszyć się swoją pracą przez długie lata pracownicy, także kierownicy winni pamiętać o profilaktyce, która w głównej mierze opiera się na [29]:

- współpracy – nikt nie jest niezastąpiony, dlatego też praca powinna opierać się na wzajemnym wsparciu i pod żadnym pozorem nie powinno się wszystkich obowiązków przydzielać jednej osobie z grupy,
- odpoczynku – odpoczynek jest ważny nie tylko dla sfery fizycznej, ale przede wszystkim psychicznej,
- wyrażaniu jasno swoich potrzeb – emocji nie należy tłumić jeśli pojawi się problem na drodze zawodowej należy nie tłumić go w sobie, ale powiedzieć o tym innym, gdyż należy wziąć od uwagę, że tłumienie i nie wyrażanie w sobie emocji, zwłaszcza tych negatywnych zawsze wpłynie negatywnie na pracownika,
- ustalaniu priorytetów, a także celów pracy – najlepiej gdyby było one realistyczne oraz miarodajne, a przede wszystkim osiągalne. Gdy cele pracownika będą znacznie przekraczały jego osobiste możliwości oraz predyspozycje, a w konsekwencji tego nigdy nie zostaną osiągnięte, zawsze będą powodowały zawód oraz frustrację, co doprowadzić może do wypalenia zawodowego,
- prawidłowym odżywianiu, a także byciu aktywnym fizycznie – mimo, iż z pozoru nie jest to związane z życiem zawodowym jednak osoby zdrowe i aktywne są silniejsze oraz energiczne nie tylko fizycznie, ale także z lepiej ukształtowanym charakterem.

Istotne jest także ograniczenie życia prywatnego wraz z zawodowym. Problemy, które pracownik przynosi do pracy nie powinny mieć na nią wpływu, co więcej nie mogą one wpływać na jakość świadczonej pracy [30].

CEL PRACY

Celem niniejszych badań jest zdiagnozowanie problemu wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia. Natomiast przedmiotem badań jest wypalenie zawodowe.

Problemem główny został wyrażony w formie pytania: Jaki jest poziom wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia i czy występują różnice w poziomie wypalenia zawodowego pomiędzy badanymi grupami?

W myśl problemu głównego zostały doprecyzowane do niego także problemy szczegółowe:

1. Jakiego rodzaju dolegliwości wynikające z wykonywanej pracy występują w badanych grupach?
2. Jaki istnieje związek pomiędzy wybranymi czynnikami społeczo-demograficznymi (wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, warunki socjalno-bytowe) a doświadczaniem wypalenia zawodowego?
3. Jaka istnieje zależność między wybranymi czynnikami zawodowymi (wykonywany zawód, staż pracy, system pracy, forma pracy) a wypaleniem zawodowym?
4. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy wybranymi uwarunkowaniami organizacyjnymi pracy (percepcja klimatu w miejscu pracy: zadowolenie z pracy, atmosfera w pracy, praca po godzinach, nadmiar obowiązków, satysfakcja z poziomu wynagrodzenia) a wypaleniem zawodowym?
5. Czy i jaki istnieje związek między poziomem wypalenia zawodowego a uwarunkowaniami indywidualnymi badanych (poziom motywacji, wiara we własne możliwości)?

Zmienne niezależne:

- wiek,
- rodzaj wykonywanej pracy,
- stan cywilny,
- staż pracy w zawodzie,
- wykształcenie.

Zmienne zależne:

- poziom wypalenia zawodowego,
- objawy związane ze stanem wypalenia zawodowego.

MATERIAŁ I METODY

By zgromadzić materiał, który pozwoli uzyskać odpowiedź na problemy, które zostały postawione w pracy zdecydowano wykorzystać do tego metodę sondażu diagnostycznego. Z kolei jako technika została wybrana ankieta, w obrębie której wykorzystano takie narzędzia badawcze jak: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, Kwestionariusz Wypalenia się MBI – narzędzie badawcze wystandaryzowane.

Autorski kwestionariusz ankiety składa się z dwóch części: metryczki, która pozwalała scharakteryzować płeć, wiek, zawód, staż i rodzaj pracy, a także warunki socjalno-bytowe respondentów. Kolejna część składała się z 15 pytań związanych z zadowoleniem z pracy. W pytaniach tych zostały także przedstawione stwierdzenia, do których badani musieli się ustosunkować. Przed badaniem prowadzonym za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety zdecydowano się na przeprowadzenie badań pilotażowych, do których przystąpiło 16 osób. W tym 4 lekarzy, 8 pielęgniarek, 4 ratowników. Badanie te pozwoliły nanieść poprawki na ankietę a ich wyniki nie zostały uwzględnione w badaniu właściwym.

Kwestionariusz standaryzowany: Maslach Burnout Inventory (MBI). Kwestionariusz ten został utworzony w 1981r przez Maslach oraz Jackson. Dzięki niemu możliwe będzie oszacowanie wypalenia zawodowego w następujących elementach: satysfakcja zawodowa, a także wyczerpanie emocjonalne oraz depersonalizacja. Narzędzie składa się z 22 stwierdzeń dotyczących wyżej wymienionych elementów wypalenia. MBI w powszechnej opinii uznawane jest jako jedno z lepszych narzędzi pomiaru wypalenia zawodowego zwłaszcza w przypadku zawodów, których zadaniem jest praca z innymi ludźmi, pomoc nim, a także opieka nad nimi [31, 32].

Do badania przystąpiło 121 pracowników ochrony zdrowia pracujących w placówkach medycznych, znajdujących się na terenie miasta Lublin. Badania trwały od kwietnia do grudnia 2020 roku. Każda ankieta, która trafiła do respondenta została poprzedzona ustną informacją o celowości wykonywanych badań, jak również zapewnieniem respondentów o zupełnej anonimowości. Badane osoby uzyskały informacje, że wyniki badań posłużą wyłącznie celom naukowym. Zebrany materiał wyłonił ostateczną liczbę respondentów, która wyniosła 106 osób. Pozostałe ankiety od 16 respondentów zostały oddane nie uzupełnione.

Odpowiedzi, które wybierali respondenci zostały w odpowiedni sposób zakodowane w programie Microsoft Excel 2010, a następnie przeprowadzono analizę materiału badawczego przy użyciu programu IBM SPSS Statistics 26. W programie tym dokonano analizy zależności jakie mogły wystąpić pomiędzy wypaleniem zawodowym, a poszczególnymi zmiennymi.

Wyniki z analizy zostały przedstawione przy pomocy wykresów oraz tabel. W pracy wykorzystano testy wraz z współczynnikami statystycznymi do których należą:

- Test Shapiro Wilka,
- Współczynnik korelacji rhoSpearmana,
- Test U Manna – Whitneya
- Test Kruskala – Wallisa.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

Z przeprowadzony badań wynika, że większość badanej grupy stanowiły kobiety 77 osób (72,6%), z kolei mężczyźni stanowili 29 osób badanej grupy (27,4%). Respondenci mają od 23 do 61 lat. Średnia wieku badanej grupy to nieco ponad 41 lat. Połowa respondentów ma więcej, a połowa mniej niż 42,5 roku. Odchylenie standardowe świadczy o umiarkowanym zróżnicowaniu respondentów pod względem wieku. Wiek respondentów został przedstawiony za pomocą przedziałów wiekowych. Zdecydowana większość respondentów to mieszkańcy miast – 77 osób (72,6%). Z kolei wieś/osadę zamieszkuje 29 osób, czyli 27,4% ogółu. Największą liczbę respondentów stanowiły osoby w związkach małżeńskich, było ich 72 osoby (67,8%) oraz panny i kawalerowie – 22 osoby (20,8%). Z kolei najmniejszą liczbę stanowiły osoby pozostające w konkubinacie – 4 osoby (3,8%), a także rozwiedzione – 8 osób (7,5%). Żadna wdowa/wdowiec nie wzięli udziału w badaniu. Ponad połowa respondentów podaje, ze posiada dobre warunku socjalno - bytowe – 64 osoby (60,4%). Bardzo dobre warunku posiada 27 osób, co stanowi 25,5%, z kolei jedna osoba to osoba twierdząca, że posiada złe warunki socjalno - bytowe. Prawie połowa respondentów opowiedziała się za tym, że posiada wykształcenie wyższe magisterskie – 51 osób (48,1%). Kolejna grupa co do liczebności respondentów to ci, którzy mają wykształcenie wyższe licencjackie – 50 osób (37,2%). Tylko jedna osoba posiada wykształcenie zawodowe.

Z badań wynika, że nieco ponad połowa badanych – 60 osób (57,1%) pracuje jako pielęgniarka lub pielęgniarz. Z kolei co czwarty respondent – 26 osób (24,8%) to fizjoterapeut(k)a. Mniejszy odsetek – 13 badanych (12,4%) stanowią ratownicy medyczni. Pozostałe 5,7% badanych (5,7) wykonuje inny zawód związany z medycyną. Jeden z respondentów nie podał swojego zawodu, stąd też ogół respondentów udzielających odpowiedzi na to pytanie jest niższy niż ogół wszystkich ankietowanych.

Przeprowadzone badania wykazały, że respondenci pracują w zawodzie od 2 miesięcy do 40 lat. Średni staż pracy badanej grupy to blisko 17 lat. Połowa respondentów pracuje dłużej, a połowa krócej niż 17,5 roku. Odchylenie standardowe świadczy o dużym zróżnicowaniu respondentów pod względem stażu pracy. Ankietowani zapytani o system godzinowy pracy opowiedzieli się następująco: w systemie 8h pracuje prawie połowa badanych – 52 osoby (49,1%), niewiele mniejsza liczba osób - 51 (48,1%) pracuje w systemie 12h. Pozostały znikomy procent (2,8%) – 3 osoby pracuje w trybie 24h. Badany personel medyczny w większości przypadków pracuje w placówkach z kontraktem NFZ (63,2%). Z kolei prawie 1/3 jest pracownikami placówek o charakterze mieszanym (32,1%). Jedynie 5 osób pracuje wyłącznie w prywatnych placówkach. Stanowi to 4,7% ogółu.

Opinia respondentów dotycząca pracy i samoocena

Z badań wynika, że znaczna część respondentów zadowolona jest ze swojej pracy – 84 osoby (79,2%). Zaś nieco ponad 1/5- 22 osoby (20,8%) ma inne zdanie. Wyniki przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Zadowolenie respondentów ze swojej pracy

Czy jest Pan/i zadowolony/a ze swojej pracy?	N	%
Tak	84	79,2
Nie	22	20,8
Ogółem	106	100

Respondenci pytani o ocenę atmosfery panującej w pracy, udzielali zróżnicowanych odpowiedzi, prawie połowa, bo 41 osób (38,7%) jest zdania, że atmosfera w ich pracy jest dobra. Z kolei 33 osoby (31,1%) odczuwa przeciętną atmosferę w pracy. Jako „złą atmosferę" podaje jedynie 5 osób (4,7%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Ocena atmosfery panującej w pracy

Jak Pan/i ocenia atmosferę panującą w swoim środowisku pracy?	N	%
Bardzo dobra	27	25,5
Dobra	41	38,7
Przeciętna	33	31,1
Zła	5	4,7
Ogółem	106	100

Znaczna część respondentów – 69 (65,1%) przyznaje, że zdarzają się sytuacje, że zostają w pracy znacznie dłużej niż przewidują to ramy czasu pracy. Pozostałe osoby nie zostają po tzw. „godzinach". Ponad połowa badanych – 62 osoby (58,5 opowiedziała się za tym, że pacjenci nie mają w posiadaniu ich prywatnego numeru telefonu. Z przeprowadzonych badań wynika, że 42 respondentów przyznaje, iż przyjmują pacjentów po godzinach, co daje 39,6% ogółu. Z kolei 64 osoby (60,4%) wyznaje, że przyjmowanie pacjentów ponad limit nie jest praktykowane przez nich w codziennej pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Przyjmowanie „pacjentów nadprogramowych"

Czy przyjmuje Pan/i pacjentów „po godzinach" tzw. „pacjentów nadprogramowych"?	**N**	**%**
Tak	42	39,6
Nie	64	60,4
Ogółem	106	100

Respondentom zadano pytanie „*Czy chętnie przychodzi Pan/i do swojej pracy?"*. W odpowiedzi na to pytanie zdecydowana większość badanych odpowiedziała twierdząco – 78 osób (73,6%). Pozostali badani twierdzą, że do swojej pracy nie przychodzą chętnie. Wyniki przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4. Chęci respondentów do codziennej pracy

Czy chętnie przychodzi Pan/i do swojej pracy?	**N**	**%**
Tak	78	73,6
Nie	28	26,4
Ogółem	106	100

Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie 15 osób (14,2%) często przynosi problemy z pracy do domu i odwrotnie. Nigdy zaś nie przynosi problemów do pracy, jak i z pracy jedynie 7 osób spośród wszystkich badanych (6,6%). Pozostałe 42 osoby sporadycznie przynoszą problemy z pracy do domu i odwrotnie (39,6%) i tyle samo podaje, że robi to czasami. Wyniki przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Oddzielanie życia prywatnego od zawodowego respondentów

Czy problemy z pracy przynosi Pan/i do domu i odwrotnie?	N	%
Często	15	14,2
Czasami	42	39,6
Sporadycznie	42	39,6
Nigdy	7	6,6
Ogółem	106	100

Ze stwierdzeniem *„Jestem silnie zmotywowany do pracy”* w pełni zgadza się 14 badanych (13,2%) a prawie połowa – 47 osób (44,4%) raczej zgadza się z tym twierdzeniem. Zdecydowanie nie zgadza się z tym 3 badanych (2,8%). Natomiast dla 22 ankietowanych pracowników personelu medycznego (20,8%) jest to stwierdzenie, które trudno ocenić. Wyniki przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Motywacja do pracy respondentów

„Jestem silnie zmotywowany do pracy”	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	14	13,2
Raczej tak	47	44,3
Trudno powiedzieć	22	20,8
Raczej nie	20	18,9
Zdecydowanie nie	3	2,8
Ogółem	106	100

Zdecydowanie wierzy we własne możliwości 32 osoby (30,2%). Ponad połowa ankietowanych – 59 (55,7%) w odpowiedzi na to stwierdzenie udzieliła odpowiedzi „raczej tak”. 9 respondentów (8,5%) odpowiedziało, że trudno odpowiedzieć na to pytanie. Odpowiedzi „zdecydowanie nie” nie udzieliła żadna z ankietowanych osób.

Większość respondentów jest zaangażowanych w swoje obowiązki zawodowe. Za odpowiedzią „zdecydowanie tak” opowiada się 54 ankietowanych (50,9%), zaś za „raczej tak” 45 badanych (42,5 %). Nieliczny ułamek badanej grupy – 3 osoby (2,8%) twierdzi, że raczej nie jest zaangażowana w obowiązki zawodowe. Takiej samej części respondentów trudno ocenić to stwierdzenia. Brak zaangażowania w obowiązki wynikające z wykonywanego zawodu wyznaje niespełna 1% ankietowanych. Wyniki przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Zaangażowanie respondentów w obowiązki zawodowe

„Jestem zaangażowany/a w swoje obowiązki zawodowe”	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	54	50,9
Raczej tak	45	42,5
Trudno powiedzieć	3	2,8
Raczej nie	3	2,8
Zdecydowanie nie	1	0,9
Ogółem	106	100

Z badań wynika, że na pytanie *„Mam za dużo obowiązków w pracy”* 36 osób (34%) odpowiedziało, że w pełni zgadza się z tym stwierdzeniem. Z kolei zupełnie nie zgadza się z tym jedynie 0,9% respondentów. 21 osób (19,8%) stwierdziło, że trudno jest im powiedzieć, czy obowiązków w pracy mają w nadmiarze. Wyniki przedstawiono w Tabeli 7.

Tabela 7. Nadmiar obowiązków wśród grupy badanej

„Mam za dużo obowiązków w pracy”	N	%
Zdecydowanie zgadzam się	36	34
Raczej tak	26	24,5
Trudno powiedzieć	21	19,8
Raczej nie	22	20,8
Zdecydowanie nie	1	0,9
Ogółem	106	100

Badanym pracownikom ochrony zdrowia towarzysza liczne dolegliwości. Najczęstsze spośród wymienianych przez nich to: zmęczenie – 61 badanych (57,5%) oraz nerwowość – 43 osoby (40,6%), 41 badanych (38,7%) zgłasza rozdrażnienie. Bóle brzucha dotyczy 6 osób (5,7%) i tyle samo ankietowanych zgłasza nerwobóle. 19 osób (7,9%) podaje problemy z koncentracją. Wyniki przedstawiono w Tabeli 8.

Tabela 8. Objawy występujące u respondentów

Czy w ostatnim czasie zaobserwował/a Pan/i następujące objawy?	N*	%*
Rozdrażnienie	41	38,7
Znużenie	27	25,5
Nerwowość	43	40,6
Przygnębienie	26	24,5
Bóle głowy	20	18,9
Bóle brzucha	6	5,7
Nerwobóle	6	5,7
Zmęczenie	61	57,5
Problemy z koncentracją	19	7,9

** wyniki nie sumują się do 100, ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru*

Z przeprowadzonych badań wynika, że o zmianie dotychczas wykonywanego zawodu myślało 35 badanych (33%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 9.

Tabela 9. Myśl o zmianie zawodu

Czy myślał/a Pan/i nad zmianą zawodu?	N	%
Tak	35	33
Nie	71	67
Ogółem	106	100

Ankietowani zostali poproszeni o zaznaczenie jednego stwierdzenia, które jest mu najbardziej bliskie. 39 osób badanych (36,8%) twierdzi, że panujący system opieki powoduje w nich bezradność. Pacjenci są siłą napędową dla 43 ankietowanych (32,1%), a 3 osoby (niecałe 3%) opowiada się za tym, że główną przyczyną ich frustracji są właśnie ich pacjenci. Wyniki przedstawiono w Tabeli 10.

Tabela 10. Odczucia respondentów

Proszę zaznaczyć zdanie, które najbardziej odzwierciedla Pana/Panią?	N	%
Pacjenci doprowadzają, mnie do irytacji i zniecierpliwienia	3	2,8
Pacjenci są moją siłą napędowa do codziennej pracy	43	32,1
Sytuacja w pracy mnie zniechęca do niej, a nie pacjenci	30	28,3
Panujący system opieki zdrowotnej sprawia, że czuje się bezradny	39	36,8
Ogółem	106	100

Zdecydowana większość respondentów – 86 (81,9%) twierdzi, że jej zarobki nie są odpowiednie w stosunku to wykonywanej przez nich pracy. Zarobki 20 badanych (18,1%) nie budzą u nich zastrzeżeń. Wyniki przedstawiono w Tabeli 11.

Tabela 11. Ocena zarobków respondentów

Czy uważa Pan/i, że wynagrodzenie jakie Pan/i otrzymuje jest adekwatne do wykonanej pracy?	N	%
Tak	20	18,1
Nie	86	81,9
Ogółem	106	100

Wypalenie zawodowe mierzone skalą MBI

Zgodnie z kluczem do kwestionariusza MBI obliczono wskaźniki 3 wymiarów wypalenia zawodowego oraz wskaźnik ogólny. Wszystkie przedstawiono w taki sposób, aby zawierały się w skali od 0 do 100, co ułatwia ich interpretację. W wymiarach wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji im wyższy wynik w skali 0-100, tym większe wypalenie zawodowe, a w wymiarze satysfakcji zawodowej im wyższy wynik w skali 0-100, tym mniejsze wypalenie zawodowe. Opierając się na średnich arytmetycznych i medianach można powiedzieć, że ogół badanych charakteryzuje się: dosyć wysokim poziomem satysfakcji zawodowej, przeciętnym poziomem wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji oraz przeciętnym poziomem ogólnego wypalenia zawodowego. Ze względu na fakt, że jedna z badanych osób w całym kwestionariuszu udzieliła takich samych odpowiedzi, co budziło wątpliwości w kwestii jego rzetelnego wypełnienia pominięto ją w poniższej analizie, ostatecznie uwzględniając 105 osób. Wyniki przedstawiono w Tabeli 12.

Tabela 12. Statystyki opisowe poziomu wypalenia zawodowego wśród badanych osób

Wypalenie zawodowe	Min	Maks	M	Me	SD
Wyczerpanie emocjonalne	0	100	52,80	51,85	25,81
Depersonalizacja	0	87	40,63	40,00	19,32
Satysfakcja zawodowa	21	100	72,06	70,83	17,93
Wypalenie ogółem	2	76	41,00	39,39	18,81

Aby ustalić jakiego rodzaju testy i współczynniki statystyczne powinny zostać użyte w analizie zależności między wybranymi zmiennymi niezależnymi, a wypaleniem zawodowym sprawdzono normalność rozkładów zmiennych dotyczących wypalenia zawodowego.

Test Shapiro-Wilka wykazał, że rozkłady depersonalizacji oraz satysfakcji zawodowej istotnie statystycznie odbiegają od rozkładu normalnego. Z kolei rozkłady wyczerpania emocjonalnego oraz wypalenia ogółem są bliskie istotnemu statystycznie odstępstwu. Tym samym podjęto decyzję o stosowaniu w dalszej analizie testów i współczynników nieparametrycznych. Wyniki przedstawiono w Tabeli 12.

Tabela 12. Testy normalności rozkładów poziomu wypalenia zawodowego wśród badanych osób

Wypalenie zawodowe	Shapiro-Wilk		
	S-W	N	p
Wyczerpanie emocjonalne	0,977	105	0,066
Depersonalizacja	0,976	105	0,049*
Satysfakcja zawodowa	0,961	105	0,004**
Wypalenie ogółem	0,976	105	0,051

Związek pomiędzy wybranymi czynnikami społeczno-demograficznymi a doświadczaniem wypalenia zawodowego

Współczynnik korelacji rho Spearmana wykazał istotną statystycznie, liniową korelację między wiekiem, a wypaleniem zawodowym ogółem. Im wyższy wiek, tym większe wypalenie zawodowe. Odnosząc się osobno do każdego z wymiarów istotna statystycznie korelacja zachodzi między wiekiem, a wyczerpaniem emocjonalnym - Tabela 13.

Tabela 13. Korelacje pomiędzy wiekiem a wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe	Wiek	
	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne	0,285	0,003**
Depersonalizacja	0,160	0,103
Satysfakcja zawodowa	-0,172	0,080
Wypalenie ogółem	0,251	0,010*

Płeć różnicuje istotnie statystycznie wypalenie zawodowe ogółem oraz jego wymiary: wyczerpanie emocjonalne oraz satysfakcję zawodową. Jak się okazało kobiety mają istotnie wyższy od mężczyzn poziom wypalenia ogółem oraz w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Z kolei mężczyźni charakteryzują się istotnie większą od kobiet satysfakcją z pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 14.

Tabela 14. Płeć a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Płeć						Test U Manna -Whitneya	
	kobieta			mężczyzna				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	58,63	59,26	24,31	37,55	40,74	23,63	-3,609	<0,001***
Depersonalizacja	43,07	40,00	20,09	34,25	33,33	15,71	-1,779	0,075
Satysfakcja zawodowa	67,65	66,67	16,79	83,62	87,50	15,75	-4,078	<0,001***
Wypalenie ogółem	45,53	44,70	17,73	29,10	27,27	16,41	-3,922	<0,001***

Miejsce zamieszkania nie różnicuje istotnie statystycznie wypalenia zawodowego ogółem, ani żadnego z jego wymiarów. Innymi słowy mieszkańcy miast nie różnią się istotnie od mieszkańców wsi pod względem wypalenia zawodowego ogółem, satysfakcji zawodowej, depersonalizacji oraz wyczerpania emocjonalnego.

Stan cywilny nie różnicuje istotnie statystycznie wypalenia zawodowego ogółem, ani żadnego z jego wymiarów. Innymi słowy panny i kawalerowie, osoby w związkach małżeńskich i osoby o innym stanie cywilnym nie różnią się od siebie pod względem wypalenia zawodowego ogółem, satysfakcji zawodowej, depersonalizacji oraz wyczerpania emocjonalnego.

Warunki socjalno-bytowe różnicują istotnie wypalenie zawodowego ogółem oraz jeden z jego wymiarów – wyczerpanie emocjonalne. Jak się okazało istotnie wyższy poziom wypalenia zawodowego ogółem oraz w wymiarze wyczerpania emocjonalnego mają osoby o warunkach socjalno-bytowych gorszych niż dobre (zadowalające / złe), niż osoby o bardzo dobrych warunkach socjalno-bytowych. Z kolei w przypadku satysfakcji zawodowej stwierdzono różnicę bliską istotności statystycznej. Najwyższą satysfakcję mają osoby o bardzo dobrych warunkach socjalno-bytowych, a najniższa o gorszych niż dobre warunkach socjalno-bytowych. Wyniki przedstawiono w Tabeli 15.

Tabela 1. Warunki socjalno-bytowe a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Warunki socjalno-bytowe	M	Me	SD	Test Kruskala -Wallisa
Wyczerpanie emocjonalne	bardzo dobre (1)	44,72	40,74	27,20	H=7,580 p=0,023* R.I.: 3>1
	dobre (2)	52,62	51,85	24,60	
	< dobre (3)	68,15	66,67	22,74	
Depersonalizacja	bardzo dobre (1)	35,80	33,33	16,55	H=4,601 p=0,100
	dobre (2)	40,74	40,00	19,68	
	< dobre (3)	48,89	53,33	20,73	
Satysfakcja zawodowa	bardzo dobre (1)	78,09	83,33	19,15	H=5,970 p=0,050
	dobre (2)	71,36	70,83	17,51	
	< dobre (3)	64,17	58,33	14,50	
Wypalenie ogółem	bardzo dobre (1)	34,40	28,79	19,85	H=8,173 p=0,013* R.I.:3>1
	dobre (2)	41,20	40,91	17,64	
	< dobre (3)	52,02	51,52	17,40	

Zależność między wybranymi czynnikami zawodowymi a wypaleniem zawodowym w badanej grupie

Współczynnik korelacji rho Spearmana wykazał istotną statystycznie, liniową korelację między stażem pracy w zawodzie, a wypaleniem zawodowym ogółem. Im dłuższy staż pracy, tym większe wypalenie zawodowe. Odnosząc się osobno do każdego z wymiarów istotna statystycznie korelacja zachodzi między stażem, a wyczerpaniem emocjonalnym. Wyniki przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16. Korelacje pomiędzy stażem pracy a wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe	Staż pracy w zawodzie	
	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne	0,249	0,011*
Depersonalizacja	0,119	0,228
Satysfakcja zawodowa	-0,125	0,204
Wypalenie ogółem	0,205	0,036*

Test Kruskala-Wallisa wykazał szereg istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami wykonującymi różne zawody pod względem wypalenia zawodowego. Biorąc pod uwagę ogólny poziom wypalenia okazało się, że pielęgniarki i pielęgniarze są istotnie bardziej wypaleni od fizjoterapeutów oraz osób wykonujących inne zawody. Dodatkowo ratownicy medyczni są istotnie bardziej wypaleni od fizjoterapeutów. Odnosząc się osobno do poszczególnych wymiarów wypalenia należy stwierdzić, że istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji ma miejsce u pielęgniarek i pielęgniarzy, niż u fizjoterapeutów i osób wykonujących inne zawody. Z kolei istotnie wyższy poziom satysfakcji zawodowej mają fizjoterapeuci, niż pielęgniarze i pielęgniarki - Tabela 17.

Tabela 17. Wykonywany zawód a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Wykonywany zawód	M	Me	SD	Test Kruskala -Wallisa
Wyczerpanie emocjonalne	ratownik medyczny / ratowniczka medyczna (1)	52,99	48,15	22,90	H=34,762 p<0,001*** R.I.: 2>3,4
	pielęgniarka / pielęgniarz (2)	64,38	66,67	21,73	
	fizjoterapeut(k)a (3)	31,34	24,07	20,59	
	inny (4)	29,63	37,04	16,06	
Depersonalizacja	ratownik medyczny / ratowniczka medyczna (1)	44,62	46,67	19,13	H=20,443 p<0,001*** R.I.:2>3,4
	pielęgniarka / pielęgniarz (2)	46,44	46,67	19,37	
	fizjoterapeut(k)a (3)	29,74	33,33	9,66	
	inny (4)	21,11	10,00	21,67	
Satysfakcja zawodowa	ratownik medyczny / ratowniczka medyczna (1)	72,12	70,83	14,87	H=27,523 p<0,001*** R.I.:3>2
	pielęgniarka / pielęgniarz (2)	65,00	62,50	16,65	
	fizjoterapeut(k)a (3)	86,54	95,83	14,40	
	inny (4)	79,86	79,17	9,29	
Wypalenie ogółem	ratownik medyczny / ratowniczka medyczna (1)	41,96	42,42	17,11	H=38,587 p<0,001*** R.I.: 2>3,4, 1>3
	pielęgniarka / pielęgniarz (2)	49,62	51,52	15,94	
	fizjoterapeut(k)a (3)	24,48	20,45	13,05	
	inny (4)	24,24	24,24	12,38	

System pracy różnicuje istotnie statystycznie wypalenie zawodowe ogółem oraz jego wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz satysfakcję zawodową. Jak się okazało osoby pracujące w wymiarze 12 godzin mają istotnie wyższy od osób pracujących w wymiarze 8 godzin poziom wypalenia ogółem oraz w wymiarach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Z kolei osoby pracujące w systemie 8-godzinnym charakteryzują się istotnie większą od osób pracujących w wymiarze 12-godzinnym satysfakcją z pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 18.

Tabela 18. System pracy a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	System pracy						Test U Manna -Whitneya	
	8 h			12 h				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	42,95	40,74	24,15	63,04	64,81	24,40	-3,760	<0,001***
Depersonalizacja	35,64	33,33	18,19	45,60	46,67	19,86	-2,660	0,008**
Satysfakcja zawodowa	77,80	77,08	17,10	66,75	66,67	17,10	-3,098	0,002**
Wypalenie ogółem	33,74	32,58	17,69	48,24	45,45	17,65	-3,767	<0,001***

Forma pracy różnicuje istotnie, statystycznie wypalenie zawodowe ogółem oraz jego wymiary: wyczerpanie emocjonalne oraz satysfakcję zawodową. Jak się okazało osoby pracujące w wyłącznie w ramach NFZ mają istotnie wyższy od osób pracujących prywatnie lub w sposób mieszany ogólny poziom wypalenia zawodowego oraz poziom wypalenia w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Z kolei osoby pracujące prywatnie lub w sposób mieszany charakteryzują się istotnie większą od osób pracujących wyłącznie w ramach NFZ satysfakcją z pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 19.

Tabela 19. Forma pracy a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Forma pracy. Usługi:						Test U Manna -Whitneya	
	prywatne lub mieszane			wyłącznie NFZ				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	41,52	40,74	28,51	59,20	59,26	21,89	-3,228	0,001**
Depersonalizacja	37,02	33,33	19,22	42,69	40,00	19,21	-1,588	0,112
Satysfakcja zawodowa	79,39	81,25	17,05	67,91	70,83	17,18	-3,136	0,002**
Wypalenie ogółem	32,89	27,27	20,65	45,59	43,94	16,09	-3,332	0,001**

Związek pomiędzy wybranymi uwarunkowaniami organizacyjnymi pracy a wypaleniem zawodowym w badanej grupie

Zadowolenie z pracy różnicuje istotnie statystycznie wypalenie zawodowe ogółem oraz jego wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz satysfakcję zawodową. Jak się okazało osoby niezadowolone z pracy mają istotnie wyższy od osób zadowolonych z pracy poziom wypalenia ogółem oraz w wymiarach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Z kolei osoby zadowolone z pracy charakteryzują się istotnie większą od osób niezadowolonych z pracy satysfakcją z pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 20.

Tabela 20. Zadowolenie z pracy a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Zadowolenie z pracy						Test U Manna -Whitneya	
	tak			nie				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	46,27	44,44	23,60	77,44	79,63	17,89	-5,009	<0,001***
Depersonalizacja	37,43	33,33	17,76	52,73	53,33	20,56	-3,306	0,001**
Satysfakcja zawodowa	75,60	75,00	17,69	58,71	54,17	11,57	-4,078	<0,001***
Wypalenie ogółem	36,31	36,36	17,04	58,68	62,12	14,28	-4,848	<0,001***

Współczynnik korelacji rho Spearmana wykazał istotną statystycznie, liniową korelację między faktem posiadania zbyt dużej ilości obowiązków w pracy, a wypaleniem zawodowym ogółem. Im większa zgoda z tym, że dana osoba ma w pracy zbyt dużo obowiązków, tym większe wypalenie zawodowe ogółem, a także w wymiarach wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji ogółem. Z kolei im większa zgoda z tym stwierdzeniem, tym mniejsza satysfakcja zawodowa. Wyniki przedstawiono w Tabeli 21.

Tabela 21. Korelacje pomiędzy zbyt dużą ilością obowiązków w pracy a wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe	Zbyt dużo obowiązków w pracy	
	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne	0,532	<0,001***
Depersonalizacja	0,420	<0,001***
Satysfakcja zawodowa	-0,342	<0,001***
Wypalenie ogółem	0,515	<0,001***

Test Kruskala-Wallisa wykazał szereg istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami różnie oceniającymi atmosferę w pracy pod względem wypalenia zawodowego. Biorąc pod uwagę ogólny poziom wypalenia okazało się, że osoby mające w pracy przeciętną lub złą atmosferą mają istotnie wyższy poziom wypalenia od osób mających w pracy dobrą lub bardzo dobrą atmosferę. Dodatkowo osoby mające dobrą atmosferę w pracy są istotnie bardziej wypalone od osób mających w pracy bardzo dobrą atmosferę. Odnosząc się osobno do poszczególnych wymiarów wypalenia należy stwierdzić, że istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego charakteryzuje osoby mające w pracy przeciętną lub złą atmosferę niż osoby mające w pracy dobrą lub bardzo dobrą atmosferę. Dodatkowo osoby mające dobrą atmosferę w pracy są istotnie bardziej wyczerpane emocjonalnie od osób mających w pracy bardzo dobrą atmosferę. Z kolei respondenci mający w pracy bardzo dobrą atmosferę charakteryzują się istotnie niższym wskaźnikiem depersonalizacji od osób mających w pracy dobrą, przeciętną lub złą atmosferę. Respondenci mający w pracy przeciętną lub złą atmosferą są istotnie mniej usatysfakcjonowani ze swojej pracy, niż respondenci mający w pracy dobrą lub bardzo dobrą atmosferę. Wyniki przedstawiono w Tabeli 22.

Tabela 22. Ocena atmosfery w pracy a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Ocena atmosfery w pracy	M	Me	SD	Test Kruskala-Wallisa
Wyczerpanie emocjonalne	bardzo dobra (1)	32,62	31,48	15,89	H=39,392 p<0,001*** R.I.: 3>2>1
	dobra (2)	47,97	48,15	23,53	
	przeciętna / zła (3)	71,83	72,22	20,48	
Depersonalizacja	bardzo dobra (1)	28,46	33,33	12,59	H=16,817 p<0,001*** R.I.:1<2,3
	dobra (2)	41,30	40,00	20,56	
	przeciętna / zła (3)	48,25	46,67	17,90	
Satysfakcja zawodowa	bardzo dobra (1)	81,09	83,33	15,42	H=21,647 p<0,001*** R.I.: 3<1,2
	dobra (2)	75,71	75,00	17,99	
	przeciętna / zła (3)	61,95	60,42	14,70	
Wypalenie ogółem	bardzo dobra (1)	26,69	25,76	12,08	H=35,459 p<0,001*** R.I.: 3>2>1
	dobra (2)	37,84	39,39	17,64	
	przeciętna / zła (3)	54,19	53,79	15,01	

Wykonywanie pracy w nadgodzinach nie różnicuje istotnie statystycznie wypalenia zawodowego ogółem, ani wypalenia w żadnym z wymiarów. Innymi słowy osoby pracujące w nadgodzinach nie różnią się istotnie od osób niepracujących w nadgodzinach pod względem wypalenia zawodowego ogółem, satysfakcji zawodowej, depersonalizacji oraz wyczerpania emocjonalnego. Co ciekawe różnica bliska istotności statystycznej dotyczy satysfakcji zawodowej, która jest wyraźnie wyższa u osób pracujących w nadgodzinach. Wyniki przedstawiono w Tabeli 22.

Tabela 22. Praca w nadgodzinach a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Pracuje dłużej niż w ramach czasu pracy						Test U Manna -Whitneya	
	tak			nie				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	53,52	51,85	27,79	51,44	48,15	21,81	-0,480	0,631
Depersonalizacja	42,42	40,00	19,23	37,22	33,33	19,28	-1,302	0,193
Satysfakcja zawodowa	74,76	75,00	17,86	66,90	68,75	17,13	-1,949	0,051
Wypalenie ogółem	40,71	40,91	20,06	41,54	38,64	16,40	-0,230	0,818

Adekwatność wynagrodzenia do wykonywanej pracy nie różnicuje istotnie statystycznie wypalenia zawodowego ogółem. Natomiast odnosząc się do poszczególnych wymiarów wypalenia okazało się, że istotnie bardziej wyczerpane emocjonalnie są osoby, które oceniają swoje wynagrodzenie jako nieadekwatne do wykonywanej pracy, niż osoby, które oceniają je jako adekwatne do wykonywanej pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 23.

Tabela 23. Adekwatność wynagrodzenia do wykonywanej pracy a wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe	Wynagrodzenie adekwatne do wykonanej pracy						Test U Manna -Whitneya	
	tak			nie				
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Wyczerpanie emocjonalne	40,74	37,04	22,22	55,47	55,56	25,90	-2,329	0,020*
Depersonalizacja	38,25	33,33	16,46	41,16	40,00	19,94	-0,901	0,368
Satysfakcja zawodowa	71,71	75,00	23,01	72,14	70,83	16,77	-0,159	0,874
Wypalenie ogółem	35,65	31,82	18,37	42,18	41,67	18,80	-1,374	0,169

Związek między poziomem wypalenia zawodowego a uwarunkowaniami indywidualnymi badanych

Współczynnik korelacji rho Spearmana wykazał szereg istotnych statystycznie, liniowych korelacji między poziomem motywacji, wiarą we własne możliwości oraz zaangażowaniem w obowiązki zawodowe a wypaleniem zawodowym. Jak się okazało z wypaleniem zawodowym zdecydowanie najsilniej (ujemnie) koreluje silna motywacja do pracy. Im silniejsza motywacja do pracy, im większa wiara we własne możliwości oraz im większe zaangażowanie w obowiązki zawodowe, tym mniejsze wypalenie zawodowe. Odnosząc się do poszczególnych wymiarów wypalenia należy stwierdzić, że im silniejsza motywacja do pracy, im większa wiara we własne możliwości oraz im większe zaangażowanie w obowiązki z zawodowe, tym mniejsze wyczerpanie emocjonalne. Im silniejsza motywacja do pracy oraz im większe zaangażowanie w obowiązki z zawodowe, tym mniejsza depersonalizacja. Im silniejsza motywacja do pracy, im większa wiara we własne możliwości oraz im większe zaangażowanie w obowiązki z zawodowe, tym większa satysfakcja z pracy. Wyniki przedstawiono w Tabeli 24.

Tabela 24. Korelacje pomiędzy poziomem motywacji, wiarą we własne możliwości oraz zaangażowaniem w obowiązki zawodowe a wypaleniem zawodowym

Wypalenie zawodowe	Silna motywacja do pracy		Wiara we własne możliwości		Zaangażowanie w obowiązki zawodowe.	
	rho	p	rho	p	rho	p
Wyczerpanie emocjonalne	-0,760	<0,001***	-0,330	0,001**	-0,252	0,009**
Depersonalizacja	-0,434	<0,001***	-0,141	0,150	-0,234	0,016*
Satysfakcja zawodowa	0,695	<0,001***	0,324	0,001**	0,193	0,049*
Wypalenie ogółem	-0,754	<0,001***	-0,341	<0,001***	-0,257	0,008**

DYSKUSJA

Praca to jeden z elementów życia prawie każdego człowieka. Istnieją zawody, gdzie praca oprócz podstawowego zadania jakim jest dostarczenie środków, a życie zawodowe pozwala rozwijać swoje pasje. Innymi słowy przychodzenie do pracy jest przyjemnością aniżeli smutnym obowiązkiem. Bywają także zawody, które wydając się na pozór ciekawe z biegiem czasu zaczynają przytłaczać psychicznie człowieka. Mowa m.in. o zawodach medycznych, gdyż to m.in. te profesje są zazwyczaj narażone na zespół wypalenia zawodowego.

Podyktowane jest to specyfiką wykonywanej przez nich pracy. Współcześnie publikowane badania wskazują, że zespół ten dotyczy także innych zawodów tj.: policjant, strażak, kurator, pracownik socjalny, a także kadra nauczycielska. Wszystkie te zawody związane są z pomocą innym [33].

Wyniki badań własnych pokazują, że poziom wypalenia zawodowego respondentów znajduje się na przeciętnym poziomie z kolei poziom satysfakcji zawodowej respondentów jest wysoki. Poziom depersonalizacji mieści się także na poziomie przeciętnym. Badania przeprowadzone przez Wilczek – Rużyczkę oraz Zaczyk w 2015 roku również ukazują, że pielęgniarki posiadają średni stopień wyczerpania emocjonalnego, a także poziomu depersonalizacji mierzony tym samym narzędziem co badanie własne [34].

Zespołowi wypalenia zawodowego towarzyszy wiele niepozornych objawów. W badaniach własnych dolegliwości jakie towarzyszą pracownikom ochrony zdrowia to przede wszystkim: zmęczenie, które dotyczy 57,5% badanych oraz nerwowość dotycząca 40,6%, a także rozdrażnienie, które dotyczy 38,7% badanych. Badania Lewandowskiej i Litwin wskazują także zmęczenie jako jedno z głównych dolegliwości związanych z wypaleniem zawodowym (79%), rozdrażnienie natomiast dotyczyło 46% badanej przez nie grupy [35]. Z kolei u Ramuszewicz i wsp. dolegliwości dotyczyły przede wszystkim bólów mięśni oraz głowy, a także bólu kręgosłupa [36]. Do ciekawych wyników doprowadziły badania Ogińskiej, która wraz z Żuralską wykazały, że grupa badanych niemalże w całości uskarżała się na bóle kręgosłupa (95,5%), z kolei bóle głowy w tych badaniach dotyczyły 89,3% ogółu badanych, a zmęczenie 93,7% [37].

Wypalenie jest uzależnione od wielu czynników, które mogą mieć wpływ na jego poziom. Do takich czynników z pewnością można zaliczyć wiek. Badania własne pokazały, że wiek jest istotnym czynnikiem określającym poziom wypalenia; im wyższy wiek tym wyższe wypalenie zawodowe. Do takich samym wniosków doszli m.in. Meeusen i wsp. [38], Tunc oraz Kutanis [39]. Kapucu i wsp. [40] oraz Kowalski i wsp. [39] doszli do zupełnie innych wniosków z tego zakresu. W badaniach tych autorów nie nastąpił jakikolwiek związek pomiędzy wiekiem badanych, a jego poziomem wypalenia zawodowego. Co ciekawe badania Al-Turki i wsp. dowiodły, że z upływem lat poziom wypalenia zawodowego pracowników zamiast rosnąć stawał się niższy [41].

W mowie potocznej mówi się, że mężczyźni są silni fizycznie jednak silniejszą wytrwałość psychiczną przypisuje się kobietom. Badania własne pokazały, że jednak to kobiety mają wyższy poziom wypalenia zawodowego aniżeli mężczyźni. Co więcej wśród mężczyzn

zaobserwowano wyższy poziom satysfakcji z pracy. Takie same wnioski wynikły z przyprowadzonych badań przez Tunc oraz Kutanis [39] oraz Sasaki i wsp [42].

Nieliczne badania dowiodły, że stan cywilny będzie odgrywał rolę w poziomie wypalenia zawodowego. Okazało się, że osoby, które są w jakimkolwiek związku małżeńskim tudzież partnerskim będą charakteryzowały się niższym wyczerpaniem emocjonalnym [42]. Z kolei badania własne nie wykazały żadnej statystycznie istotnej zależności pomiędzy stanem cywilnym a ogólnym poziomem wypalenia zawodowego, a także depersonalizacją oraz wyczerpaniem emocjonalnym.

W badaniach własnych respondentami byli przedstawiciele następujących zawodów medycznych: pielęgniarka/pielęgniarz, fizjoterapeuta/fizjoterapeutka, a także ratownik/ratowniczka medyczna. Mimo, iż cel ich pracy jest niemalże taki sam czyli niesienie pomocy innym, jednak ich profesje w badaniach własnych znacznie różniły się między sobą względem poziomu wypalenia zawodowego. Najwyższy poziom satysfakcji zawodowej zaobserwowano u fizjoterapeutów (95,83%). Natomiast pielęgniarki oraz pielęgniarze posiadali wyższy poziom wypalenia zawodowego (51,52%) względem innych badanych (24,24), podobnie wygląda sytuacja w przypadku ratowników medycznych. Zależności te ocenione zostały testem Kruskala Wallisa. Ifeagwazi w 2006 roku w swoich badaniach słusznie zaobserwował, że specjalizacja będzie znacząco wpływała na poziom wypalenia. Jego badania wykazały, że pielęgniarki z oddziałów intensywnej terapii miały znacznie wyższy poziom wypalenia zawodowego od swoich koleżanek/kolegów z innych oddziałów [43].

Personel medyczny w Polsce zarabia znacznie mniej w porównaniu z innymi państwami, Jest to także źródło wielu postulatów kierowanych do władz. Badania własne wskazały, że respondenci oceniający swoje wynagrodzenie jako nieadekwatne do rodzaju wykonywanego zawodu są bardziej wyczerpani emocjonalnie. Badania innych autorów również ukazują takie zależności [44, 45].

WNIOSKI

Wniosek główny

Poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie kształtuje się na poziomie średnim (przeciętnym). Pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi występują różnice w poziomie wypalenia zawodowego. Z badań wynika, że zarówno pielęgniarki, jak i ratownicy medyczni cechują się wyższym poziomem wypalenia zawodowego niż fizjoterapeuci i inne zawody medyczne.

Wnioski szczegółowe

1. Pracownikom ochrony zdrowia towarzyszą liczne dolegliwości związane z wypaleniem zawodowym. Do najczęściej występujących należą: zmęczenie, rozdrażnienie, nerwowość.
2. Badania własne wskazały, że czynniki społeczno-demograficzne nie są tymi, które różnicują badany personel medyczny.
3. Czynniki zawodowe inicjują wypalenie zawodowe. System, a także formy pracy znacząco wpływają na poziom wypalenia zawodowego respondentów. Personel, który pracuje w wymiarze 12h posiadał wyższy poziom wypalenia zawodowego, aniżeli pracownicy pracujący w systemie 8 godz. Respondentów pod względem poziomu wypalenia różnicuje także forma pracy. Osoby z sektora prywatnego posiadają wyższy poziom satysfakcji zawodowej, a niższy wypalenia.
4. Zła atmosfera w pracy, niezadowolenie z niej a także nadmiar obowiązków wpływa na poziom wypalenia zawodowego.
5. Istnieje związek pomiędzy uwarunkowaniami indywidualnymi badanych a poziomem wypalenia. Wyższa motywacja, a także wiara we własne możliwości oraz zaangażowanie w obowiązki zawodowe zwiększają satysfakcję, a zmniejszają poziom wypalenia oraz depersonalizacji.

Wnioski postulatywne

Zespół wypalenia zawodowego to zjawisko, które może dotyczyć każdego zawodu, jednakże są grupy zawodów, w których problem ten może występować w większym nasileniu. Są to zawody związane z pracą z drugim człowiekiem m.in. zawody medyczne jak lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny.

Świadomość zwiększonego ryzyka wypalenia zawodnego oraz skutków jakie za sobą ono niesie w tych grupach, powinna przyczynić się do podjęcia zintensyfikowanych działań profilaktycznych i ochronnych wobec osób pracujących w tych zawodach, gdyż niestety odnosi się wrażenie, że pomimo rosnącej świadomości na temat ryzyka i zagrożeń zdrowotnych wynikających z zespołu wypalenia zawodowego to w dalszym ciągu problem ten nie pociąga za sobą znaczących działań mających wymiar praktyczny dla pracownika, działań mogących pracownika chronić przed zjawiskiem czy też pomóc mu w sytuacji wystąpienia wypalenia zawodowego.

Wydaje się wskazane wypracowanie na szczeblu decydenckim, po uprzedniej dyskusji środowiska medycznego, strategii i procedur zarówno zapobiegawczych, jak i naprawczych,

które powinny zostać wdrożone w podmiotach medycznych, i które stały by się częścią funkcjonowania organizacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Burisch M.: A longitudinal study of burnout: the relative, importance of dispositions and experiences. Work and Stress 2002;16(1):1-17.
2. Raźny O., Półtorak G., Markiewicz A.: Seria Słowniki Szkolne. Słownik polsko – angielski. Wydawnictwo Greg 2006.
3. Płotka A., Golec D., Cześnikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2000, 229-235.
4. Lief H., Fox R.: Training for "Deteched Concern" in medical students. The psychological basis of medical practice, New York 1963.
5. Zimbardo P.G.: The human choice: individuatin, reason and order versus deindyviduation, impulse and chaos. Nebrasca Symposium on Motivation, Lincoln 1969, 237-308.
6. Freudenberger H.J.: Staff Burn – Journal of Social Issues 1974; 30(1): 1-9.
7. Maslach C.: Burnout. Nature Human Behaviour 1976; 5(1): 14-25.
8. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, Sęk H. (red.). Wyd. PWN, Warszawa 2006: 80-112.
9. Freudenberger H.J., North G.: Burn out bei Frauen, über das Geföhl des Ausgebranntseins. Wyd. 9. M. Fischer, German 2002, 100-160.
10. Litzk S.M, Schuh H.: Stres mobbing i wypalenie zawodowe. Wyd GWP, Warszawa 2007, 167-178.
11. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M.: Job burnout. Annual Review of Psychology 2001; 52(1): 397-420.
12. Gołembiewski R., Munzenrider R.: Phases of burnout; modes and social support: Contributions to explaining differences in physical symptons. Journal of Mangerial Issues 1990; 2(2): 176-186.
13. Freudenberger J., Richelson G.: Burnout: The high cost of high achievement. Garden City NY Doubleday 1980.

14. Korcz I.: Zespół wypalenia zawodowego. Edukacja antywypaleniowa [w:] Kształcenie zawodowe w teorii i praktyce edukacyjnej, Kusztelak A., Zduniak A. (red.). Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Warszawa 2006: 80-97.
15. Pyżalski J.: Wypalenie zawodowe a zdrowie i zachowania zdrowotne pedagogów placówek resocjalizacyjnych. Medycyna Pracy 2002; 53(6): 497-450.
16. Sapilak J., Kurpas D., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe personelu medycznego – problem wciąż aktualny. Metody oceny w ramach oddziałów dializacyjnych. Problemy Lekarskie 2006; 45(3): 80-88.
17. Janczewska M., Rozczyńska J.: Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Łódź 2004.
18. Maslach C., M.Leiter.: Prawda o wypaleniu zawodowym. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
19. Pines A., Aronson E., Kaffry D.: Career Burnout: Couses and Cures. Free Press, New York 1988.
20. Seyle H.: History and Present Status of the Stress Concept [w:] Handbook of Stress, Goldberger L., Breznitz S. (ed.). Wydawnictwo Free Press, New York 1982: 7-23.
21. Sęk H.: Wypalenie zawodowe -przyczyny mechanizmy zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 93, 149-169.
22. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine 2012; 15(3): 124.
23. Terelak J.F.: Psychologia menedżera. Wyd. PWN, Warszawa 1999.
24. Maslach C.: What have we learned about burnout and health? Psychology & Health 2001; 16: 607-611.
25. Maslach C., Leiter M.P.:: Pokonać wypalenie zawodowe: sześć strategii poprawienia relacji z pracą. Wolters Kluwer, 2010.
26. Gembalska - Kwiecień A., Żurakowski Z.: Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Śląsk 2006: 76-80.
27. Anczewska M.: Stres i wypalenie zawodowe. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Łódź 2006.
28. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14(2): 67-77.
29. Rosińska A.: Pracownicy pomocy społecznej a wypalenie zawodowe. MEDI – Forum Opieki Długoterminowej 2010; (1): 4.

30. Chirkowska-Smolak T.: Organizacyjne czynniki wypalenia zawodowego. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2009; (1): 4.
31. Pasikowski T.:Polska adaptacja kwestionariusza Masłach Burnout lnventory [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Sęk H. (red.). Wydawnictwo PWN, Warszawa 2006: 135 – 149.
32. Iwanicki E.F., Schwab R.L.: A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. Educational and Psychological Measurement 1981; 41(1): 1167 – 1174.
33. Modzelewska T., Kulik T.: Zachowania prozdrowotne pielęgniarek, a zespół wypalenia zawodowego. Pielęgniarka i Położna 2002; 10: 9.
34. Wilczek – Rużyczka, Zaczyk I.: Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. Hygeia Public Health 2015; 50(1): 10.
35. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej 2009; 55(3): 86-89.
36. Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H.: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. Chirurgia Polska 2005; 7(4): 244-251.
37. Ogińska J., Żuralska R.,: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18(4): 435-422.
38. Meeusen V., Van Dam K., Brown-Mahoney C. et.al.: Burnout, psychosomatic symptoms and job satysfaction among Dutch anaesthetists: a survey. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2010; 54(1): 616-621.
39. Tunc T., Kutanis R.O.: Role conflict, role ambiguity and burnout in nurses and physicians of university hospital in Turkey. Nursing & Health Sciences 2009; 11: 410-416.
40. Kapucu S.S., Akkus Y., Akdemir N. et.al.: The burnout and exhaustion levels of nurses working in haemodialysis units. Journal of Renal Care 2009; 35: 134-140.
41. Al-Turki H.A., Al-Turki R.A., Al-Dardas H.A. et al.: Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. Annals of African Medicine 2010; 9: 226-229.
42. Sasaki M., Kitaoka-Higashiguchi K., Morikawa Y. et.al.: Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. Journal of Nursing Management 2009; 17: 359-365.
43. Ifeagwazi C.M.: The influence of marital status on selfreport of symptoms of psychological burnout among nurses. Sage Journals 2006; 52(4): 359-373.

44. Gueritault-Chalvin V., Kalichman S.C., Demi A., et.al.: Work-related and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. AIDS Care 2000; 12: 149-61.
45. Ozyurt A., Hayran O., Sur H.: Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJM: An International Journal of Medicine 2006; 99: 161-169.

WPŁYW ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW

Katarzyna Wiśniewska[1,2], Joanna Girzelska[3], Maria Malm[4], Agnieszka Biaduń[5]

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
2. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
3. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
4. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania Uniwersytet Medycznego w Lubinie
5. Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

WSTĘP

Doświadczenie psychicznego bólu i cierpienia jest nieuniknioną częścią ludzkiej egzystencji, a jego źródłem może być szerokie spektrum czynników takich jak: wykluczenie społeczne, problemy zdrowotne lub zawodowe, wydarzenia traumatyczne, utrata sensu życia, czy też zaburzenia psychiczne. Jednym z najbardziej powszechnych zaburzeń psychicznych a zarazem najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie powodującym cierpienie i ból, jest depresja. Choroba ta dotyka osoby w różnym wieku niezależnie od stanu majątkowego, wykształcenia czy trybu życia a jej początek i przebieg mogą być bardzo zróżnicowane.

Depresja w aspekcie klinicznym

Potocznie depresja kojarzy się z obniżeniem nastroju, przygnębieniem czy smutkiem, jednak, aby zrozumieć jej istotę jako choroby ważne jest jej odróżnienie od „reakcji" na przykre zdarzenia lub niepowodzenia, które mogą wystąpić w pewnych okresach życia. Nierzadko wywołują one smutek, przygnębienie i spadek nastroju, jednak szybko ustępują [1]. Depresja jest chorobą, w której spadek nastroju jest długotrwały, nie wynika on z konkretnych przyczyn, jest niezależny od okoliczności. Uczucie bezradności, bezsilności jest tak silne, że znacznie utrudnia funkcjonowanie w życiu codziennym. Człowiek staje się bierny, często nie wykazuje żadnej aktywności, unika spotkań ze znajomymi, najchętniej pozostałby sam. Depresja to nie tylko przygnębienie i smutek, to także utrata radości życia. Wszystko, co kiedyś sprawiało przyjemność staje się obojętne. Choroba nie pozwala normalnie uczyć się, pracować, spać, jeść, a chory odczuwa ciągłe zmęczenie [2].

Czynniki etiologiczne

Depresja należy do chorób o złożonej etiologii, przyczynia się do niej wiele różnych czynników, a proces prowadzący do jej rozwoju jest wieloletni. Często wystąpienie objawów depresji wiąże się z interakcją wielu czynników, które w znaczącym stopniu wpływają na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego.

Głównymi czynnikami mogącymi wpływać na rozwój depresji są [3]:

- czynniki genetyczne;
- czynniki biologiczne;
- czynniki psychologiczne.

Liczne badania naukowe dowodzą, że czynniki genetyczne mają istotny wpływ na pojawienie się depresji. Predyspozycją do powstawania depresji może być nie tylko interakcja kilku genów między sobą, ale również połączenie ich z czynnikami środowiskowymi. Uważa się, że ryzyko zapadalności na depresję dla krewnych I stopnia wynosi 10-25%. Zgodność zachorowania na depresję potwierdziły także badania bliźniąt monozygotycznych, u których stopień ryzyka zachorowania wynosi aż 40-50%. W wypadku bliźniąt dizygotycznych ryzyko zachorowania jest znacznie mniejsze - 25%. Wskazuje się również, że większe obciążenie rodzinne powoduje wcześniejszy początek choroby [4].

Sposoby leczenia zaburzeń depresyjnych

Głównym celem leczenia depresji jest uzyskanie jak najszybszej i pełnej odpowiedzi terapeutycznej oraz remisji objawowej i powrotu do funkcjonowania sprzed okresu wystąpienia choroby. Leczenie depresji jest procesem kompleksowym, złożonym z farmakoterapii, psychoterapii i wsparcia środowiskowego. Najlepszy efekt uzyskuje się stosując wszystkie metody jednocześnie.

Obecnie w leczeniu depresji można wyróżnić następujące metody [5]:

- leki przeciwdepresyjne;
- psychoterapię (poznawczą i interpersonalną);
- leki neuroleptyczne;
- leki normotymiczne;
- zabiegi elektryczne;
- fototerapię.

Istotne znaczenie w leczeniu depresji ma pojawienie się leków przeciwdepresyjnych, które nastąpiło z końcem lat pięćdziesiątych wraz z pojawieniem się chlorpromazyny. Leki te wykazały skuteczność także w leczeniu wielu innych jednostek chorobowych. Wyróżnia się kilka podstawowych grup leków przeciwdepresyjnych, jednakże obecnie najczęściej stosowane są leki nowej generacji [6].

Wpływ depresji na funkcjonowanie chorych

Depresja ściśle wiąże się ze sferą emocjonalną, toteż jej wpływ na funkcjonowanie w aspekcie psychicznym ujawnia się w największym stopniu [7]. Stan psychiczny chorego jest zależny od stopnia zaawansowania choroby a funkcjonowanie związane jest z nasileniem objawów depresji powodujących często szereg dolegliwości mających ogromny wpływ nie tylko na poziom życia, ale również na wygląd zewnętrzny.

Obniżony nastrój można zaobserwować w mowie pacjenta, wyrazie twarzy, sposobie ubierania się. Obecność depresji w znaczący sposób zmienia życie chorego, negatywnie wpływa na liczne obszary jego funkcjonowania, a wpływ obniżonego nastroju może powodować poważne konsekwencje niemal w każdym aspekcie.

Prawidłowe funkcjonowanie w stanie depresji utrudniają [8]:

- Bezsilność – chory jest przekonany, że ma niewielki wpływ na własne życie lub też zupełnie go nie ma. Wykazuje tendencje do wycofania się z relacji społecznych, odczuwa brak chęci do podejmowania decyzji, poszukiwania rozwiązań.
- Żal i smutek.
- Izolacja społeczna, której przyczyną może być: lęk, koncentracja na własnych przeżyciach, zahamowanie psychoruchowe, trudności w relacjach z innymi. Powoduje ona chęć do wycofania się i unikania relacji społecznych, doświadczenie poczucia osamotnienia, a w konsekwencji zmniejszoną zdolność do komunikowania się.
- Trudności w podtrzymaniu i nawiązaniu kontaktu – przyczyna tego problemu wiąże się z zaburzeniem nastroju, lęku, trudnościami z przetwarzaniem informacji, procesów poznawczych i emocji, lęku czy urojeń.
- Trudności w podejmowaniu aktywności ruchowej – chory depresyjny ma obniżony napęd psychoruchowy. Pojawia się spowolnienie prowadzące niekiedy do zahamowania ruchowego.

- Lęk, który określany jest jako „nieznośne napięcie umysłu". Często to właśnie on dyktuje warunki życia, chory nie może przejść obok niego obojętnie, odczuwa poczucie zagrożenia i silne napięcie.
- Zaburzenia myślenia – utrzymuje się negatywna ocena własnej osoby, która nierzadko współdziała z poczuciem grzechu i winy. Chorzy uważają się za bezwartościowych i uciążliwych dla bliskich. Negatywnie oceniają świat, często uznając otoczenie jako nieprzyjazne, a swoją przyszłość widzą jako niekończące się pasmo nieszczęść.
- Zaburzenia odżywiania – pojawiają się niedobory żywieniowe, spadek masy ciała związane z niewystarczającą podażą pokarmu w stosunku do zapotrzebowania organizmu. Pojawiające się zaburzenia są przyczyną utraty lub zmniejszeniem apetytu, zahamowania psychoruchowego, braku energii czy poczucia bezsensu.
- Zaburzenia snu – wybudzanie się w nocy, trudności z zasypianiem, poczucie zmęczenia,
- Trudności w zaspokajaniu potrzeb, powodujące zaniedbanie ich, wynikające z poczucia winy, obniżonego napędu, lęku, bezradności, poczucia znużenia i zmęczenia lub braku sił, jak również z urojeń depresyjnych grzeszności.
- Objawy uboczne farmakoterapii.

Jakość życia w depresji

Ocena jakości życia osób z zaburzeniami depresyjnymi powoli stała się standardem psychiatrii [9]. W początkowym etapie badań prowadzonych nad jakością życia dominował pogląd, że pacjenci chorzy psychicznie nie oceniliby jakości swojego życia, dlatego też badania dotyczyły głównie chorych cierpiących z powodu chorób somatycznych [10]. Współcześnie prowadzone są liczne badania nad jakością życia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi i odgrywają one ogromne znaczenie w diagnostyce tej jednostki chorobowej. Im więcej niewyjaśnionych objawów, powodów, przyczyn, tym niższa jest jakość życia chorego, a uzyskanie wiedzy na ich temat stwarza możliwość podjęcia działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemów chorego, co daje nadzieję na poprawę jakości jego życia [11]. Sam fakt rozpoznania depresji budzi niepokój, lęk, niewiedzę czasem nawet poczucie wstydu. Mnogość objawów klinicznych, brak aprobaty, stygmatyzacja ze strony otoczenia powoduje subiektywne poczucie słabości, postrzegania siebie i swoich możliwości w gorszym świetle. Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi muszą mierzyć się nie tylko z chorobą, zagrożeniem bezpieczeństwa osobistego ale również ze stresem, spowodowanym zachorowaniem w połączeniu z wieloma innymi czynnikami takimi jak: trudności z akceptacją choroby przez

samego siebie, brakiem wyrozumiałości bliskich i rodziny, czy też stygmatyzacją otoczenia [12]. Przeżywają wewnętrzne cierpienie z samym sobą, co w znacznej mierze przyczynia się do obniżenia jakości ich życia [13]. Rozpatrując jakość życia w depresji należałoby odnieść się do całej przestrzeni życiowej chorego, gdyż z uwagi na swój charakter choroba ta obejmuje wiele obszarów działania [14]. Celem dogłębnej oceny jakości życia chorego należy wziąć pod uwagę nie tylko stan jego zdrowia ale także proces leczenia, który wiąże się wielokrotnie z obecnością niepożądanych objawów, spowodowanych przyjmowaniem leków, ważny jest również aspekt myślenia i odczuwania chorego [15]. Zważywszy na charakter nawracającego przebiegu depresji, nierzadko długotrwały proces leczenia wiąże się z koniecznością modyfikacji dotychczasowego życia spowodowaną systematycznymi wizytami lekarskimi, spotkaniami terapeutycznymi, jak również pobytami w szpitalach. Choroba niejednokrotnie w takim stopniu wpływa na życie, że prowadzi do dezorganizacji i ograniczeń w pełnieniu określonych ról i funkcji społecznych [16]. W przebiegu depresji zaburza się tak ważny stan jak zdrowie psychiczne, na które wpływa szereg innych, niż sama depresja czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych czy środowiskowych, natomiast z nimi wiążą się uwarunkowania zdrowia psychicznego, co z kolei wpływa w znaczącej mierze na jakość życia [17]. Zakłócone zostają wskaźniki zdrowia psychicznego takie jak:

- stan dobrego samopoczucia, a więc przeżywane emocje, takie jak poczucie szczęścia, zadowolenie z życia;
- zasoby indywidualne, czyli pewne przekonania dotyczące samego siebie i otaczającego świata. W zdrowiu psychicznym będzie to optymizm, który pozytywnie wpływa na poczucie własnej sprawczości;
- umiejętność nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, które stanowią ogromne wsparcie dla człowieka oraz poczucie bezpieczeństwa oraz potrzeby przynależności i miłości;
- radzenie sobie z trudnymi sytuacjami, inaczej nazywane „odpornością" na przeciwności losu, umiejętnością wykorzystania nawet traumatycznych doświadczeń do zmiany i rozwoju samego siebie [18].

Niekiedy choroba powoduje zniekształcenie poznawcze, które zgodnie z koncepcją Becka utrzymywać się może również w remisji objawów chorobowych [19]. Pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą mieć trudności w wyrażaniu nie tylko słów, ale także emocji, na co należy zwrócić uwagę przy wykonywaniu testów badań oceny jakości ich życia

[20]. Badanie powinno objąć cechy składające się na kompleksową ocenę jakości życia, takie jak ogólny stan zdrowia pacjenta, jego relacje z rodziną, sytuację zawodową, finansową i bytową. Często między stanem obiektywnym stwierdzonym przez lekarza, a dolegliwościami odczuwanymi przez pacjenta (subiektywny stan świadomości pacjenta), mogą występować ogromne rozbieżności [14]. Stąd też istotne znaczenie w ocenie stanowi część psychologiczna, zwłaszcza poznawcza i emocjonalno-motywacyjna [21] Dodatkowym obciążeniem może być nieświadomość choroby, niska samoocena wynikająca z braku dobrego samopoczucia, krytycyzm własnej osoby, zaburzone relacje w rodzinie, np. rozpad związku małżeńskiego lub partnerskiego [22].

Badania wykazują również, że im wyższy poziom depresji, tym mniejsza jest koncentracja chorego [23]. W zależności od stopnia nasilenia i ciężkości przebiegu, choroba w istotnym stopniu upośledza możliwości funkcjonowania chorego w środowisku, tworzy źródło fizycznego i psychicznego dyskomfortu, co przekłada się na jakość życia [14]. Częstym czynnikiem utrudniającym życie osób z zaburzeniami depresyjnymi jest mniejsza „klarowność obrazu" własnej osoby, co znaczy, że w odróżnieniu od ludzi zdrowych pacjenci wykazują zaniżoną samoocenę, są mniej stabilni wewnętrznie, trudno im się skoncentrować, trudno też pełnić role społeczne [23].

Umiarkowana i ciężka postać depresji osłabia zdolność do podejmowania pracy, a często nawet uniemożliwia wykonywanie zwykłych, codziennych obowiązków domowych. Zaburzenia depresyjne w znaczący sposób upośledzają funkcjonowanie duchowe, społeczne, psychiczne obniżając w dużym stopniu jakość życia [24]. Co prawda głównymi determinantami jakości życia w depresji są nasilone objawy choroby, ale ciężkie zaburzenie depresyjne może tak upośledzać jakość życia i funkcjonowanie, że może wystąpić ryzyko samobójstwa [25].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest analiza i wzbogacenie wiedzy na temat jakości życia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. Przedmiotem badań podjętych w pracy jest określenie wpływu zaburzeń depresyjnych na jakość życia pacjentów.

Problem główny:

W jakim zakresie zaburzenia depresyjne wpływają na ocenę jakość życia pacjentów?

Problemy szczegółowe:

1. Jaka jest opinia badanych w zakresie subiektywnej oceny stanu zdrowia i jakości życia?
2. Jak kształtuje się jakość życia pacjentów z depresją w sferze fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej?
3. Jaki istnieje związek pomiędzy jakością życia badanych w poszczególnych sferach funkcjonowania (fizycznej, psychicznej, społecznej, środowiskowej), a wybranymi danymi społeczno-demograficznymi (płeć, miejsce zamieszkania, wiek, wykształcenie, samotność)?
4. Jaka istnieje zależność między wybranymi zmiennymi klinicznymi (czas trwania choroby, częstość hospitalizacji, nasilenie objawów choroby, miejsce leczenia) a oceną jakość życia pacjentów z depresją?

MATERIAŁ I METODY

W celu zgromadzenia danych, posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Uzyskane dane dotyczą zakresu i poziomu wpływu zaburzeń depresyjnych na jakość życia pacjentów. Techniką badawczą w prezentowanej pracy była ankieta. Zastosowanymi narzędziami badawczymi w pracy był standaryzowany kwestionariusz WHOQOL –BREF oraz autorski kwestionariusz ankiety, który wykorzystano w badaniach pilotażowych w celu wstępnej oceny jego rzetelności. Kwestionariusz WHOQOL –BREF pozwolił na jednoczesną ocenę jakości życia pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi w sferze somatycznej, socjalnej, środowiskowej i psychologicznej.

Badania dotyczące wpływu zaburzeń psychicznych na jakość życia pacjentów prowadzone były od sierpnia do listopada 2021 roku. Wzięły w nich udział osoby odbywające leczenie w Klinikach Psychiatrii SPSK NR1, Szpitalu Neuropsychiatrycznym SPZOZ oraz Oddziale dziennym NZOZ Centrum Medyczne Przyjaźni w Lublinie. W każdym z podmiotów uzyskano zgodę dyrekcji na przeprowadzenie badań. Respondenci zostali poinformowani o celu przeprowadzanych badań i zapewnieni o zachowaniu anonimowości uzyskanych danych. Łącznie przebadano 119 pacjentów z rozpoznaną depresją. Warunkiem uczestnictwa w badaniach było rozpoznanie jednostki chorobowej oraz stan zdrowia pacjenta pozwalający na uzyskanie odpowiedzi.

WYNIKI

Analiza jakościowo – ilościowa badanej grupy

Opinia badanych w zakresie subiektywnej oceny stanu zdrowia i jakości życia

Ogólna ocena jakości życia dokonana przez badanych w skali od 1 do 5 wynosiła średnio 3,09 ± 0,74. 1,7% badanych (n=2) oceniło jakość życia jako bardzo dobrą, a 25,2% ankietowanych (n=30) wskazało, że jest ona dobra. 55,5% respondentów (n=66) określiło, że ich jakość życia nie jest ani dobra, ani zła. 17,7% badanych (n=21) oceniło jakoś własnego życia jako złą lub bardzo złą.

Samoocena stanu zdrowia dokonana przez badanych w skali od 1 do 5 wynosiła średnio 2,92 ± 0,96. Bardzo niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia było 5,0% respondentów (n=5), a osoby niezadowolone (n=37) stanowiły 31,1% badanej grupy. 35,3% badanych (n=42) stanowiły osoby, które nie były ani zadowolone, ani niezadowolone ze swojego obecnego stanu zdrowia. Respondenci zadowoleni ze swojego stanu zdrowia (n=29) stanowili 24,4% badanej grupy, a odsetek osób bardzo zadowolonych (n=5) wynosił 4,2% (Tabela 1).

Tabela 1. Ocena stanu zdrowia

SAMOOCENA STANU ZDROWIA	N	%
Bardzo niezadowolony	6	5
Niezadowolony	37	31,1
Ani zadowolony, ani niezadowolony	42	35,3
Zadowolony	29	24,4
Bardzo zadowolony	5	4,2
Ogółem	**119**	**100,0**

Zależność między wybranymi zmiennymi klinicznymi a oceną jakości życia pacjentów z depresją

Zróżnicowanie poziomu ogólnej jakości życia

Najlepiej ogólną jakość życia oceniali respondenci, którzy leczyli się krócej niż rok, a najgorzej ci, których długość leczenia była najdłuższa i wynosiła ponad 10 lat. Różnice były istotne statystycznie, $p<0,05$. Pomiędzy zmiennymi zachodziła także, słaba korelacja ujemna, wskazująca, że wraz z wydłużaniem się czasu leczenia spada poziom ogólnej oceny jakości życia, $p<0,05$ (Tabela 2).

Tabela 2. Zróżnicowanie poziomu ogólnej oceny jakości życia ze względu na czas trwania leczenia

DŁUGOŚĆ LECZENIA	N	M	SD
Poniżej roku	9	3,78	0,67
1-5 lat	45	3,13	0,59
5-10 lat	33	3,03	0,85
Ponad 10 lat	32	2,91	0,73
Ogółem	**119**	**3,09**	**0,74**
H=10,179; p=0,017		**Rho = -0,242; p=0,008**	

Najwyżej ogólną jakość życia oceniały osoby, które w szpitalu psychiatrycznym leczyły się tylko raz, a najgorzej, te które leczyły się więcej niż dwa razy. Różnica była istotna statystycznie, $p<0,05$. Pomiędzy zmiennymi zachodziła istotna statystycznie ($p<0,05$) niska korelacja ujemna (Tabela 3).

Tabela 3. Zróżnicowanie poziomu ogólnej jakości życia ze względu na częstość leczenia

CZĘSTOŚĆ LECZENIA	N	M	SD
Jeden raz	44	3,25	0,65
Dwa razy	16	3,13	0,72
Trzy i więcej razy	47	2,83	0,76
Ogółem	**107**	**3,05**	**0,73**
H=7,443; p=0,024		**rho=-255; p=0,008**	

Najwyżej ogólną jakość życia oceniali respondenci z lekkim poziomem nasilenia depresji, a najniżej pacjenci z nasileniem ciężkim. Różnice były istotne statystycznie – $p<0,05$. Pomiędzy zmiennymi poziom nasilenia depresji i ogólna ocena jakości życia zachodziła istotna statystycznie ($p<0,05$) umiarkowana korelacja ujemna wskazująca na to, że wraz ze wzrostem nasilenia depresji spada poziom jakości życia (Tabela 4).

Tabela 4. Zróżnicowanie poziomu ogólnej jakości życia ze względu na stopień nasilenia depresji

POZIOM NASILENIA DEPRESJI	N	M	SD
Lekki	35	3,63	0,65
Umiarkowany	71	2,96	0,60
Ciężki	13	2,38	0,77
Ogółem	**119**	**3,09**	**0,74**
H=33,112; p=0,001		**rho=-0,530; p=0,001**	

Poziom ogólnej jakości życia był wyższy wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie na oddziale dziennym psychiatrycznym, niż wśród tych, którzy leczyli się w szpitalach psychiatrycznych. Różnica była istotna statystycznie, p<0,05.

Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie fizycznej

Respondenci, którzy leczyli się najkrócej, poniżej roku, najlepiej oceniali jakość życia w domenie fizycznej. Respondenci leczący się dłużej postrzegali jakość życia w tej domenie nieco gorzej. Jednak różnice nie były istotne statystycznie – p< 0,05.

Najlepiej jakość życia w domenie fizycznej oceniały osoby, które korzystały z leczenia w szpitalu psychiatrycznym po raz drugi. Średnia ocena wynosiła 12,62, a dla respondentów, którzy korzystali z leczenia w szpitalu po raz pierwszy - 12,05. Najsłabiej jakość życia w domenie fizycznej oceniały osoby, które korzystały z leczenia szpitalnego trzeci lub kolejny raz (średnia – 11,28). Różnice nie były istotne statystycznie, p<0,05.

Najwyżej jakość życia w domenie fizycznej oceniali respondenci z lekki poziomem nasilenia depresji, a najniżej respondenci z ciężkimi objawami. Różnice były istotne statystycznie, p<0,05. Pomiędzy zmiennymi zachodziła istotna statystycznie, umiarkowana korelacja ujemna (Tabela 5).

Tabela 5. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie fizycznej ze względu na stopień nasilenia depresji

POZIOM NASILENIA DEPRESJI	N	M	SD
Lekki	35	14,09	2,99
Umiarkowany	71	11,31	2,05
Ciężki	13	9,23	3,11
Ogółem	**119**		**2,91**
H=30,138; p=0,001		**rho = -0,537; p=0,01**	

Poziom jakości życia w sferze fizycznej był wyższy wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie na oddziale dziennym psychiatrycznym, niż wśród tych, którzy leczyli się w szpitalach psychiatrycznych. Różnica nie była istotna statystycznie, p>0,05.

Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie psychologicznej

Respondenci, którzy z powodu zaburzeń depresyjnych leczyli się nie dłużej niż rok oceniali jakość swojego życia w domenie psychologicznej lepiej niż ankietowani, którzy leczyli się z powodu tych zaburzeń dłużej. Różnice nie były istotne statystycznie, $p< 0,05$.

Średnia ocena jakości życia w domenie psychologicznej była najwyższa w grupie respondentów, którzy korzystali z leczenia szpitalnego po raz pierwszy, a najniższa wśród tych, którzy leczyli się ponad dwa razy. Różnice nie były istotne statystycznie, $p<0,05$.

Respondenci o lekkim nasileniu depresji oceniali jakość swojego życia w domenie psychologicznej najlepiej, a najgorzej oceniali ją respondenci z ciężkim nasileniem choroby. Różnice w ocenie poziomu jakości życia były istotne statystycznie – $p<0,05$. Pomiędzy zmiennymi zachodziła istotna statystycznie umiarkowana korelacja ujemna, $p<0,05$ (Tabela 6).

Tabela 6. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie psychologicznej ze względu na stopień nasilenia depresji

POZIOM NASILENIA DEPRESJI	N	M	SD
Lekki	35	13,91	3,37
Umiarkowany	71	11,20	2,55
Ciężki	13	9,15	3,24
Ogółem	**119**	**11,77**	**3,24**
H=22,610; p=0,001		**Rho= -0,590; p=0,001**	

Poziom jakości życia w sferze psychologicznej był wyższy wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie na oddziale dziennym psychiatrycznym, niż wśród tych, którzy leczyli się w szpitalach psychiatrycznych. Różnica nie była istotna statystycznie, $p>0,05$.

Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie społecznej

Najlepiej jakość życia w sferze społecznej oceniały osoby, które leczyły się z powodu zaburzeń depresyjnych krócej niż rok. Średnia ocena w tej grupie badanych wynosiła 13,33. W grupie respondentów, którzy leczyli się od roku do pięciu lat wartość oceny średniej wynosiła 11,51. Respondenci, którzy leczyli się od 5 lat do 10 lat oceniali jakość życia w tej domenie najgorzej. Średnia ocena w tej grupie badanych wynosiła 11,27. Różnice nie były istotne statystycznie, $p<0,05$.

Najlepiej jakość życia w domenie społecznej oceniały osoby które korzystały z leczenia w szpitalu psychiatrycznym po raz drugi, a najsłabiej osoby, które korzystały z leczenia szpitalnego więcej niż dwukrotnie. Różnice nie były istotne statystycznie, p>0,05.

Najwyżej jakość życia w domenie społecznej oceniali respondenci z lekkim poziomem nasilenia depresji. Najniższą oceną charakteryzowały się osoby z ciężkimi objawami. Różnice w ocenie poziomu jakości życia były istotne statystycznie, p<0,05. Pomiędzy zmiennymi zachodziła istotna statystycznie niska korelacja ujemna (Tabela 7).

Tabela 7. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie społeczne ze względu na stopień nasilenia depresji

POZIOM NASILENIA DEPRESJI	N	M	SD
Lekki	35	13,46	3,69
Umiarkowany	71	11,10	2,61
Ciężki	13	10,23	3,81
Ogółem	**119**	**11,70**	**3,29**
H=11,684; p=0,003		**Rho= -0,468; p=0,001**	

Poziom jakości życia w sferze społecznej był wyższy wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie na oddziale dziennym psychiatrycznym, niż wśród tych, którzy leczyli się w szpitalach psychiatrycznych. Różnica była istotna statystycznie, p<0,05 (Tabela 8).

Tabela 8. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie społecznej ze względu na miejsce leczenia

MIEJSCE LECZENIA	N	M	SD
Szpital psychiatryczny	107	11,48	3,25
Oddział dzienny psychiatryczny	12	13,67	3,06
Ogółem	**119**	**11,70**	**3,29**
Z=-2,281; p=0,023			

Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie środowiskowej

Najwyżej jakość życia w domenie środowiskowej oceniali respondenci, którzy z powodu zaburzeń depresyjnych leczeni się krócej niż rok, a najgorzej jakość życia w tej sferze oceniały osoby, które leczyły się ponad 10 lat. Różnice nie były istotne statystycznie, p< 0,05.

Najlepiej jakość swojego życia oceniały osoby, które leczyły się dwa razy w szpitalu psychiatrycznym, a najgorzej, takie które leczyły się trzy lub więcej razy. Różnice nie były istotne statystycznie, p>0,05.

Najlepiej jakość swojego życia w domenie środowiskowej oceniali respondenci z lekkimi objawami depresji, a najgorzej oceniali ją respondenci, u których objawy depresji były ciężkie. Różnice w ocenie poziomu jakości życia były istotne statystycznie, p<0,05. Pomiędzy zmiennymi zachodziła istotna statystycznie umiarkowana korelacja ujemna (Tabela 9).

Tabela 9. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie środowiskowej ze względu na stopień nasilenia depresji

POZIOM NASILENIA DEPRESJI	N	M	SD
Lekki	35	14,20	3,11
Umiarkowany	71	12,38	2,23
Ciężki	13	9,77	2,98
Ogółem	**119**	**12,63**	**2,88**
H=19,746; p=0,001		**rho= -0,588; p=0,001**	

Poziom jakości życia w sferze środowiskowej był wyższy wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie na oddziale dziennym psychiatrycznym, niż wśród tych, którzy leczyli się w szpitalach psychiatrycznych. Różnica była istotna statystycznie, p<0,05 (Tabela 10).

Tabela 10. Zróżnicowanie poziomu jakości życia w domenie środowiskowej ze względu na miejsce leczenia

MIEJSCE LECZENIA	N	M	SD
Szpital psychiatryczny	107	12,36	2,80
Oddział dzienny psychiatryczny	12	15,00	2,66
Ogółem	**119**	**12,63**	**2,88**
Z=-3,125; p=0,002			

DYSKUSJA

Badaniu poddano 119 pacjentów leczonych z powodu depresji w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach dziennych. Dominującą grupę badanych – 65,5%, stanowiły kobiety (n=78) oraz osoby mieszkające w miastach – 61,3% (n=73). Wśród badanych przeważali respondenci w wieku od 31 do 49 lat – 48,7% (n=58), osoby z wykształceniem

średnim – 36,1% (n=43) oraz osoby pozostające w związkach małżeńskich – 39,5% (n=47). W badanej grupie przeważali pacjenci, dla których podstawowym źródłem utrzymania była praca – 57,1% (n=68) oraz badani zamieszkujący wspólnie z małżonkiem – 38,7% (n=46). Pod względem czasu leczenia zaburzeń depresyjnych największą grupę stanowili pacjenci, u których wynosił on od 1 do 5 lat – 37,8% (n=45). W grupie dominowały osoby leczące się już po raz trzeci lub kolejny – 39,5% (n=47) oraz pacjenci o umiarkowanym nasilenie depresji – 59,7% (n=71).

Ogólna ocena jakości życia dokonana przez badanych w skali od 1 do 5 wynosiła średnio 3,09 ± 0,74. Największa cześć badanych – 55,5% (n=66) oceniała ją, jako „ani dobrą, ani złą", za „dobrą" lub „bardzo dobrą" uznało 26,9% badanych (n=32), a 17,7% respondentów (n=21) wskazało, ze jest ona „zła" lub „bardzo zła". Samoocena stanu zdrowia dokonana przez badanych w skali od 1 do 5 wynosiła średnio 2,92 ± 0,96. 36,1% badanych (n=43) stanowili pacjenci niezadowoleni lub bardzo niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia, 35,3% respondentów (n=42) nie miało jednoznacznego zdania na temat swojego obecnego stanu zdrowia wskazując, że nie są ani zadowoleni, ani niezadowolenie. Natomiast osoby zadowolone lub bardzo zadowoleni ze swojego stanu zdrowia (n=34) stanowiły 28,6% badanej grupy. Respondenci najwyżej ocenili jakość życia w domenie środowiskowej – 12,63±2,88, następnie w domenie fizycznej – 11,90±2,91, domenie psychologicznej – 11,77±3,24 i najgorzej w domenie społecznej – 11,70±3,29.

Badając związek pomiędzy jakością życia w poszczególnych sferach funkcjonowania a wybranymi danymi społeczno-demograficznymi ustalono, że czynnikiem różnicującym poziom jakości życia było jedynie wykształcenie. Przy czym, istotne statystycznie różnice występowały tylko w psychologicznej (p=0,031) i środowiskowej (p=0,029) domenie jakości życia. W obu domenach jakość życia najlepiej oceniały osoby posiadające wyższe wykształcenie. Ponadto w badaniu wykazano, że pomiędzy wykształceniem badanych a poziomem jakości życia w domenie psychologicznej, zachodzi istotna statystycznie słaba korelacja dodatnia (rho=0,196; p=0,033), polegająca na tym, że wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej, rośnie także wartość drugiej. W tym konkretnym przypadku, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem poziomu wykształcenie rośnie również jakość życia. Niska korelacja tego typu (rho=0,218; p=0,017) zachodzi także pomiędzy wykształceniem a jakością życia w domenie środowiskowej. Bliski istotności statystycznej (rho=0,169; p= 0,066) był także wynik korelacji zachodzącej pomiędzy wykształceniem a jakością życia w domenie społecznej.

Badając zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi klinicznymi a jakością życia wykazano, że czynnikiem różnicującym w istoty statystycznie sposób poziom jakości życia we wszystkich domenach (fizycznej- p=0,001, psychologicznej – p=0,001, społecznej – p=0,003 i środowiskowej – p=0,001), a także ogólną ocenę jakości życia (p=0,001), był stopień nasilenia depresji. Jakość życia była wyższa u pacjentów, u których zdiagnozowano lekkie nasilenie depresji. Pomiędzy jakością życia, a stopniem nasilenia depresji zachodziła istotna statystycznie korelacja ujemna, wskazująca, że wraz ze wzrostem poziomu jednej zmiennej, spada wartość drugiej. Można zatem stwierdzić, że wraz ze wzrostem nasilenia objawów depresji, spada jakość życia. Pomiędzy jakością życia w domenach fizycznej (rho=-0,505; p=0,001), psychologicznej rho=-0,438; p=0,001) i środowiskowej (rho=-0,403; p=0,001) a stopniem nasilenia depresji zachodziły korelacje umiarkowane. Korelacja o takiej sile zachodziła także pomiędzy ogólną oceną stanu zdrowia, a stopniem nasilenia depresji (rho=-0,530; p=0,001). Natomiast pomiędzy jakością życia w domenie społecznej a stopniem nasilenia depresji zachodziła korelacja niska – (rho=-0,341;p=0,001).

Czynnikiem, który różnicował poziom ogólnej jakości życia (p=0,026) oraz jakości życia w sferze społecznej (p=0,023) i środowiskowej (0,002) było miejsce leczenia. Wyższy poziom jakości życia w wymienianych aspektach stwierdzono wśród respondentów, którzy leczyli się wyłącznie w oddziałach dziennych.

W badaniu stwierdzono również występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy ogólną oceną jakości życia a czasem trwania leczenia depresji (p=0,017). Respondenci, którzy leczyli się krócej, niż rok, lepiej oceniali jakość swojego życia od respondentów, którzy leczyli się od roku do pięciu lat, od sześciu do 10 lat i ponad 10 lat. Pomiędzy ogólną oceną jakości życia a czasem trwania leczenia, zachodziła istotna statystycznie niska ujemna korelacja (rho=-0,242; p=0,008), wskazująca na to, że wraz z wydłużaniem się czasu leczenia, spada poziom jakości życia respondentów.

Z danych uzyskanych w badaniu wynika także to, że ogólną jakość życia lepiej oceniały osoby, które w szpitalu psychiatrycznym leczyły się tylko raz, niż te, które leczyły się częściej (p=0,024). Także pomiędzy tymi zmiennymi zachodziła istotna statystycznie niska korelacja ujemna (rho =-0,255; p=0,008), wskazująca, że wraz ze wzrostem liczby hospitalizacji spada poziom jakości życia.

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że jedną z możliwości poszerzenia zakresu wiedzy o chorym, szczególnie w zakresie skuteczności stosowanego leczenia, jest ocena jakości życia [26]. Uzyskane wyniki można zastosować do „identyfikacji potrzeb życiowych chorych i poprawy efektywności procesu terapeutycznego oraz alokacji i planowania opieki

psychiatrycznej, a porównując wyniki subiektywnej jakości życia z oceną kliniczną stanu zdrowia pacjentów, można próbować ustalić, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem i nasileniem poszczególnych objawów a subiektywną oceną jakości życia chorych" [26].

Depresja wskazywana jest jako czwarty, najpoważniejszy problem zdrowotny. Wskazuje się, że znacząco wpływa ona na jakość życia i zdolność funkcjonowania w obszarze społecznym i zawodowym [27]. W związku z tym, każda informacja, która może pomóc w procesie stawiania diagnozy i leczenia, jest niezwykle istotna [28].

W badaniu Michalskiej-Leśniewicz i Gruszczyńskiego wykazano, że zadowolenie z życia wykazywało jedynie 28% pacjentów ze zdiagnozowanymi objawami depresji [29]. W badaniu własnym uzyskano podobny wynik: pacjenci zadowolenie z jakości życia stanowili 26,9% badanej grupy, a średnia ocena ogólnej jakości życia była przeciętna i wynosiła (3,09±0,74) w skali pięciopunktowej.

W badaniu Ogórek-Tęczy, Sulisz i Kamińskiej przeprowadzonym na próbie 105 pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową w fazie depresji wykazano, że najwyższy wskaźnik jakości życia pacjenci uzyskali w sferze środowiskowej, a najniższy w sferze społeczne [24]. Wyniki uzyskane w badaniu własnym w pełni potwierdzają ustalenia przywołanych Autorów.

Borowicz i Rybka [27] w badaniu przeprowadzonym na próbie 70 pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego, wykazali, że kobiety ze zdiagnozowaną depresją wyżej oceniają jakość życia w sferach fizycznej, psychologicznej, społecznej. Autorzy nie stwierdzili natomiast istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia ze względu na wiek. W badaniu własnym nie stwierdzono występowania istotnych statystycznie różnic w ocenie jakości życia ze względu na płeć i wiek badanych. Czynnikiem różnicującym poziom jakości życia było jedynie wykształcenie. Przy czym istotne statystycznie różnice występowały tylko w psychologicznej i środowiskowej domenie jakości życia.

WNIOSKI

Wniosek główny:

Zaburzenia depresyjne negatywnie wpływają na jakość życia pacjentów, powodując obniżenie jej poziomu, szczególnie w sferach psychologicznej i społecznej.

Wnioski szczegółowe:

1. Pacjenci z objawami depresji oceniają swój stan zdrowia i jakość życia na poziomie przeciętnym.

2. Jakość życia pacjentów z objawami depresji jest wyższa w sferze środowiskowej niż w sferach fizycznej, społecznej i psychologicznej.
3. Wyższym poziomem jakości życia w sferze psychologicznej i środowiskowej charakteryzują się osoby lepiej wykształcone.
4. Wraz ze wzrostem nasilenia depresji, spada poziom jakości życia we wszystkich domenach. Pacjenci korzystający z leczenia w oddziałach dziennych charakteryzują się wyższym poziomem jakości życia w sferze społecznej i środowiskowej, niż osoby leczące się w szpitalach psychiatrycznych. Wraz z wydłużaniem się czasu leczenia oraz wzrostem liczby hospitalizacji, spada poziom ogólnej jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Jaracz J.: Co warto wiedzieć o depresji? Poradnik. https://www.lundbeck.com/upload/pl/files/pdf/Poradniki/Poradnik_depresjanew.pdf [data pobrania: 27.10.2020 r.].
2. Murawiec S.: Depresja w czołówce chorób na świecie. https://www.medonet.pl/zdrowie,who-depresja [data pobrania: 09.10.2020 r.].
3. Jaracz J., Patrzała A.: Psychiatria w praktyce ratownika medycznego. Wyd. Naukowe PZWL, Warszawa 2014.
4. Jarema M., Rabe-Jabłońska J.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wyd. Naukowe PZWL, Warszawa 2011.
5. Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J.: Psychiatria, tom 2, Psychiatria kliniczna. Wydawnictwo Endra Urban&Partner, Wrocław 2011.
6. Carson R.C., Butcher J. N., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. GWP, Gdańsk 2011.
7. Lizak D., Drąg J., Goździalska A..: Depresja jako przykład destrukcyjnego wpływu obniżonego nastroju na sferę bio-psycho-społeczną człowieka. https://core.ac.uk/download/pdf/214926147.pdf [data pobrania: 27.10.2020 r.].
8. Hammen C.: Depresja. (przekł.) Trzebiatowska M. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
9. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. Farmacja Polska 2009; 65(8): 572-580.
10. Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A.: Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. Quality of Life Among Persons With Mental Disorders. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2007; 16(1): 173–178.

11. Leppert W., Majkowicz M.: Ból przewlekły. Ujęcie kliniczne i psychologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
12. Laskowska A.: Temperament, radzenie sobie ze stresem a jakość życia chorych na nowotwory [w:] Zdrowie i choroba. Funkcjonowanie psychospołeczne i zawodowe, Wrona-Polańska H., Bargiel-Matusiewicz K., Pisula E. (red.). Wydawnictwo Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2016: 67.
13. Talarska D.: Metody oceny potrzeb, stanu funkcjonalnego i jakości życia osób niepełnosprawnych [w:] Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych, Strugała M., Talarska D. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 37.
14. Motyka M..: Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
15. Leppert W., Forycka M., de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Buss T.: Jakość życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych. Psychoonkologia 2014; 1: 17-29.
16. Turska W., Skowron A.:Metodyka oceny jakości życia. Farmcja Polska 2009; 65(8): 572-580.
17. Daly E. J., Trivedi M. H., Stephen R. et.al.: Health-relatedquality of life in depression. ASTAR Dreport. Annals of Clinical Psychiatry 2010; 22(1): 43-55.
18. Czabała J. Cz., Kuczyńska S.: Poradnictwo psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2015: 17-20.
19. Poradowska-Trzos M., Dudek D., Rogoż M. i wsp.: Postrzeganie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych. Psychiatria Polska 2008; 2: 271-282.
20. Casher M., Bess J.: Pacjent na oddziale psychiatrycznym [w:] Wskazówki praktyczne, Dudek D. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 31.
21. Kochańska A., Lewicka-Nowak E., Zarzycka B.: Czynniki wpływające na jakość życia u pacjentów z kardiowerterem-defibrylatorem serca. Wydawnictwo Via Medica 2006; 13(3): 171-177.
22. Michalska K.: Analiza funkcjonowania pacjentów z depresją w odniesieniu do poprawy jakości ich życia. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2017; (2): 19-28.
23. Huflejt-Łukasik M.: Ja i procesy samoregulacji. Różnice między zdrowiem a zaburzeniami psychicznymi. Wydawnictwo Naukowe Scholar 2010: 154-158.
24. Ogórek-Tęcza B., Sulisz M., Kamińska A.: Jakość życia pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną dwubiegunową w fazie depresji w okresie remisji. Pielęgniarstwo XXI wieku 2012; 4(41): 91-95.

25. Loosen P., Shelton R.C.: Zaburzenia afektywne [w:] Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu, Grzywa A, Ebert M. H., Nurcombe B., Loosen P. T., Leckman J. F. (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2011: 493.
26. Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T.: Jakość życia a doświadczenie w schizofrenii. Hygeia Public Health 2014; 49:680.
27. Borowicz P., Rybka M.: Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2016; 1: 61-71.
28. Majkowicz M., Zdun-Ryżewska A.: Ocena jakości życia w zaburzeniach-psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2009; 2(2): 102.
29. Michalska-Leśniewicz M., Gruszczyński W.: Jakość życia kobiet z zaburzeniami depresyjnymi. Psychiatria 2010; 7(2): 58.

POZIOM WIEDZY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO NA TEMAT ZAKAŻEŃ SARS-COV-2

Monika Kozestańska – Oczkowska[1], Dorota Kowalczyk[1], Mariola Ostrowska[2], Katarzyna Wiśniewska[3, 4], Maria Malm[5]

1. Wydział Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
2. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
3. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
4. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
5. Zakład Informatyki i Statystyki Medycznej z Pracownią Zdalnego Nauczania Uniwersytet Medycznego w Lubinie

WSTĘP

Wirusy ustawicznie podlegają przemianom, zaś mechanizm, który jest odpowiedzialny za kopiowanie materiału genetycznego nie jest precyzyjny. W efekcie nowo powstałe wirusy bardzo często łagodnieją, najczęściej pod wpływem stosowanych szczepionek lub wprowadzanych lockdownów. Koronawirusy należą do wirusów osłonkowych, których genomem jest jednoniciowe RNA [1]. Terminologia tej grupy wirusów wywodzi się od wypustek widocznych w obrazie mikroskopu elektronowego, przypominającej koronę słońca. Koronawirusy z rodziny Coronaviridae licznie występują wśród zwierząt, ale również rozpowszechniły się w środowisku ludzkim. Można je pogrupować w dwóch sekcjach:

- o niskiej chorobotwórczości – odpowiadają za łagodne i umiarkowane nasilenie objawów choroby podobnych do przeziębienia,
- o wysokiej patogenności – powodują ciężkie zapalenie płuc i często prowadzą do zgonu pacjenta [2].

Pierwsza identyfikacja koronawirusów miała miejsce w drugiej połowie XX wieku, lecz nie traktowano ich wówczas jako zagrożenie dla ludzkości. Aż do 2002 roku, kiedy to w Chinach wybuchła epidemia śmiertelnej choroby, której nazwa pochodzi od wywołującego ją wirus SARS-CoV. Choroba SARS (z ang. Severe Acute Respiratory Syndrome) charakteryzowała zespół ciężkiej niewydolności oddechowej [3]. Naukowcy rozpoczęli wówczas przeprowadzanie zaawansowanych, licznych badań nad nowo poznanymi wirusami.

Niestety w 2012 roku wykluła się kolejna choroba zakaźna, równie niebezpieczna dla człowieka jak poprzednia. Tym razem chorobę nazwano MERS (z ang. Middle East Respiratory Syndrome), czyli bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej, wywołaną wirusem MERS-CoV. Pomimo znacznego wzrostu zachorowań oraz zgonów z powodu MERS nie doszło jeszcze do jej epidemii. Za to już rok 2019 przyniósł kolejne zagrożenie. W chińskim mieście Wuhan pojawiły się przypadki nieznanej dotąd choroby, którą jak się okazało wywołuje nowy wirus SARS-CoV-2. Symtomy choroby nazwanej COVID-19, uzewnętrzniały się jako infekcja górnych dróg oddechowych, między innymi: kaszel, gorączka z dreszczami, bóle gardła i głowy. W cięższych zakażeniach wirus SARS-CoV-2 atakował dolne drogi oddechowe, a także inne narządy i układy nie związane z układem oddechowym [4, 5].

Wiele przeprowadzonych wówczas badań wykazywało, iż ten rodzaj koronawirusów szerzy się bardzo szybko, a zakażać mogą również osoby bezobjawowe [1, 4]. Niezmiernie ważnym więc działaniem, okazało się wprowadzenie reżimu sanitarnego i ogólnoświatowych obostrzeń, mających na celu stłumienie szerzącej się pandemii.

Nakaz samoizolacji i zakaz przemieszczania się, zdalna nauka i praca, ograniczenie wydarzeń kulturalnych, religijnych i sportowych, kwarantanna i inne wprowadzone obostrzenia znacząco wpłynęły na życie rodzinne i zawodowe wielu osób. Pandemia wywołała także wielokierunkowy kryzys, który przekroczył bariery kryzysu zdrowotnego, społeczno-politycznego oraz gospodarczego [6].

Badania nie potwierdziły jednoznacznie sezonowości koronawirusa SARS-CoV-2, jednakże zauważa się jego aktywację, przebiegającą falami. Eksperci z WHO nadal nie są jednomyślni w kwestii kolejnych fal epidemii, które nie mają wyraźnych przerw. Oczywistym jest, że nowo zaobserwowana choroba nadal będzie zagrażać człowiekowi, ale w jakim stopniu i przez jaki czas będzie stanowiła dla niego niebezpieczeństwo pokażą następne lata. W dużej mierze zapewne, na jej poskromienie wpłyną wynalezione szczepionki, ale to jeszcze nie koniec. Naukowcy w dalszym ciągu dokładają wszelki starań, by przybliżyć się do tajemniczego wirusa w celu minimalizacji jego zjadliwości i wynalezienia skutecznych medykamentów pokonujących COVID-19 [7].

SARS-CoV-2 jako koronawirus pandemiczny

Koronawirusy to liczny zbiór wirusów, powszechnie występujących na świecie. Terminologia „koronawirus” nie jest przypadkowa. *Corona* z języka łacińskiego oznacza koronę, a budowa otoczki tej grupy wirusów, oglądana pod elektronowym mikroskopem przypomina swoim kształtem właśnie koronę zbudowaną z pierścienia różnej wielkości struktur

podobnych do małych żaróweczek. Średnica takiego wirusa oscyluje w granicach 80-180 nm, zaś jego długość wynosi około 30 tysięcy nukleotydów, co oznacza, że klasyfikowane są one jako największe wirusy RNA [8].

Przed atakiem obecnej epidemii, na świecie znanych był już sześć rodzajów koronawirusów, które były rozpoznane już w latach 60 tych ubiegłego wieku i odpowiadały za zakażenia wśród ludzi. Były to wirusy HCoV-OC43 i HCoV-229E [9]. Rok 2002 ujawnił nowy, niespotykanie niebezpieczny patogen SARS-CoV wywołujący ciężkie infekcje układu oddechowego, prowadzące w 10 % do śmierci [8]. Po upływie dekady zidentyfikowano kolejny, groźny dla człowieka wirus MERS-CoV wywołujący chorobę MERS [10]. Aktualnie szalejącą pandemię, końcem 2019 roku wywołał SARS-CoV-2 i dzisiaj już wiadomo, iż należy on również do rodziny Coronaviridae.

Wirusy należące do rodziny Coronaviridae systematyzuje się w grupach [11]:

- alfakoronawirusy,
- betakoronawirusy,
- gammakoronawirusy,
- deltakoronawirusy.

Koronawirus SARS-CoV-2 upleciony jest z pojedynczej nici RNA chronionej przez białka N, zamkniętej w otoczce białkowej, która zbudowana jest z białek błony M, płaszcza E oraz wypustek, tak zwanych kolców S z podjednostkami umożliwiającymi rozpoznanie-S1 i fuzję-S2 z komórkami człowieka wyposażonymi w białka ACE2 [8].

Mechanizm powstawania nowych chorób zakaźnych

Sięgając historii ludzkości zauważyć można, że choroby zakaźne zawsze stanowiły zagrożenie dla istoty ludzkiej. Sięgając do plag biblijnych, poprzez dżumę, cholerę, pandemią hiszpanki, pandemię gorączki krwotocznej oraz AIDS, aż do współcześnie panującej pandemii COVID -19 [12].

Wirus SARS-CoV-19, należy do klasycznych wirusów odzwierzęcych, wywołujących chorobę COVID-19, która zalicza się do kategorii zoonoz. Przenoszenie patogenów pomiędzy człowiekiem i zwierzęciem stanowi naturalny element cyklu biologicznego. W czasach, gdy na szeroką skalę przekształcane jest środowisko naturalne, dochodzi do tworzenia się nowych możliwości przepływu patogenów. Wiedzie to do objawiania się nowych ekosystemów, a tym samym do pojawiania się wśród ludzi nowych chorób [13].

Tworzenie się nowych, zwierzęcego pochodzenia chorób przebiega etapowo:

1. W pierwszym rzucie wirus namnaża się do poziomu krytycznej reprezentatywności w środowisku zwierząt.
2. W drugim ogniwie dochodzi do przełamania odgraniczeń zwierzę-człowiek i rozlewanie się nowego patogenu wśród lokalnej społeczności jako endemia.
3. Trzeci etap to rozprzestrzenie się wirusa pomiędzy ludźmi i wychodzenie poza środowisko i społeczność.
4. Plenarne rozprzestrzenienie się nowej choroby wynika z przemieszczania się zarażonej ludności i kontaktów z innymi.
5. Wynalezienie specyfików, pozwalających na kontrolowanie patogenu.

Poszczególne etapy powstawania nowych chorób zakaźnych zachodzą w różnym czasie i są uzależnione od rodzaju patogenu, jego namnażania się i rozprzestrzeniania oraz od aktywności międzyludzkich kontaktów [14].

Taka sekwencja pojawiania się choroby dotyczy również teraźniejszej pandemii i rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-19, chociaż w tym przypadku tak szybkie tempo rozwoju jest obserwowane po raz pierwszy od początków istnienia człowieka. Jednocześnie schorzenie to obejmuje swym zasięgiem cały świat, rozchodząc się we wszystkich kierunkach geograficznych, co prawdopodobnie wiąże się z masową migracją człowieka, przebiegającą w krótkim czasie i na duże odległości.

Epidemia COVID-19

W grudniu 2019 roku we wszystkich światowych mediach przekazywano informacje o licznych zachorowaniach na ciężką postać zapalenia płuc w Chinach, a dokładnie w mieście Wuhan. Zaś ostatniego grudnia 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła komunikat o 44 osobach z nietypowymi objawami choroby, zaś na początku stycznia okazało się, iż chorobę tę wywołuje wirus podobny do SARS-CoV-1 [15]. Podobieństwo to wykazano podczas szybkiej produkcji testów genetycznych i serologicznych [16]. Te patologiczne stany łączono z patogenem odzwierzęcym, wszak osoby, które wykazywały oznaki choroby były powiązane z tamtejszym targiem żywymi zwierzętami. Końcem stycznia, prawie miesiąc od pierwszych epizodów choroby, rozpoznano już około 400 nowych osób, co wskazywało na szybką transmisję wirusa.

Wprowadzone ograniczenia i zakazy przemieszczania się w obwodzie, do którego należy Wuhan, miały zatrzymać chorobę w społeczności południowo-wschodniej Azji. Niestety końcem stycznia zgłoszono nowe zachorowania w krajach Europy, zaś w marcu Włochy, Hiszpania i Francja stały się epicentrum epidemii. Większość krajów, w których zgłaszano kolejne przypadki chorych na COVID-19 wprowadzała restrykcje, niestety nie zatrzymało to rozprzestrzeniania się wirusa, który szybko rozprzestrzenił się na wszystkie kontynenty [17]. Do 10 lipca 2021 roku wirusa SARS-CoV-2 rozpoznano 186 513 300 przypadków w 222 państwach świata, z czego 4 029 486 osób zmarło [18].

Pierwsze rozpoznanie COVID-19 w Polsce, miało miejsce 4 marca 2020 roku i dotyczyło mężczyzny powracającego z Niemiec. Od tego momentu liczba osób stale rosła. Było to ściśle powiązane z licznymi powrotami rodaków z innych krajów w ramach akcji „Lot do domu", w której w ciągu 3 tygodni wykonano do Polski z pięciu kontynentów 400 lotów. Dlatego też na początku marca 2020 roku, aż 30% osób ze zdiagnozowanym COVID-19, to były osoby wracające z zagranicy [4]. Do 10 lipca 2021 roku w Polsce potwierdzono 2 880 670 przypadków koronawirusa SARS-CoV-2, niestety 75 152 osoby przegrały walkę z COVIDem [19].

Analogicznie do innych chorób zakaźnych, tak i COVID-19 charakteryzuje sezonowość występowania [4]. Naukowcy nie potrafią wytłumaczyć dlaczego tak się dzieje. Włoscy biegli badający tę tematykę, próbują udowodnić, iż odpowiedzialne jest za to promieniowanie słoneczne, a dokładniej promienie UVA i UVB, które w zaledwie kilka minut jest w stanie dezaktywować wirusa SARS-CoV-2 [19].

Patogeneza i przebieg kliniczny COVID-19

Z chwilą inwazji wirusa do ciała człowieka, zaczyna on aktywizować układ odpornościowy. Odpowiedź ta może być dwojakiego rodzaju:

- Nieswoista (wrodzona) – rozpoznanie patogenu mobilizuje układ odpornościowy do produkcji cytokin, które stymulują proliferację komórek zwalczających wirusa. Efektem takiego stanu rzeczy, jest wzmożenie procesu zapalnego organizmu.
- Swoista (nabyta), która dzieli się na humoralną i komórkową. Procesy odpowiedzi swoistej w takiej sytuacji identyfikowane są z produkcją przeciwciał wiążących się z antygenami wirusa SARS-CoV-2. Białka wirusa rozpoznawane są przez limfocyty Tc, które w kolejnym etapie niszczą zakażone wirusem komórki, zapobiegając przed dalszym rozprzestrzenianiem. Dodatkowo limfocyty Th aktywizują odpowiedź swoistą, za pośrednictwem stymulacji limfocytów B do produkcji przeciwciał z grupy IgA

(jako pierwsza linia obrony, od chwili pierwszych oznak przez około 7 dni), IgM (występują w tym samym czasie co IgA, lecz utrzymują się krócej), IgG (występują po około 14 dniach od pierwszych symptomów zakażenia, jako przeciwciała „późnej fazy" i chronią przed kolejnym zakażeniem) [20].

Właściwa odpowiedź układu odpornościowego pozwala na szybką eliminację infekcji, jednakże działanie tego układu może zostać zaburzone efektem czego będzie niedostateczna lub nadmierna odpowiedź immunologiczna. W sytuacji zakażenia organizmu wirusem SARS-CoV-19, zauważono występowanie limfopenii, czyli zbyt małej ilości limfocytów, co z kolei wiąże się z zaburzeniem produkcji przeciwciał iwzrostem wiremii oraz zwiększeniem stanu zapalnego i zaostrzenia objawów choroby. Bywa, że odpowiedź immunologiczna danego ustroju przebiega w sposób niekontrolowany prowadząc do ostrego stanu zapalnego, tak zwanej burzy cytokinowej [2]. Sytuacja ta doprowadza do uszkodzenia pęcherzyków płucnych, zbierania się w nich płynu zaburzającego wymianę gazową, zwiększania duszności i obrzęków, a w końcowym etapie do nieodwracalnego włóknienia śródmiąższu płuc, a także innych narządów ustroju. Burza cytokinowa odgrywa również ogromną rolę w zwiększaniu ryzyka komplikacji sercowo-naczyniowych oraz zgonu [21].

Choroba wywołana zakażeniem SARS-CoV-2 może mieć bardzo zróżnicowany przebieg. Rozwija się zazwyczaj w kilku wielopłaszczyznowych klinicznych stadiach. Pogorszenie stanu zdrowia chorego w wyniku rozwijającego się schorzenia oraz jej ciężki przebieg w dużej mierze uzależnione są od immunologicznej odpowiedzi na zakażenie, a ta zależy od osobniczych cech pacjenta, jak również od dawki wirusa, z którą pacjent miał kontakt. W około 20% pacjentów COVID-19 przebiega bezobjawowo, w około 15% jego przebieg jest ciężki, zaś w około 5% występuje stan bardzo ciężki, zagrażający życiu chorego, przy czym śmiertelność według statystyk wynosi około 2% [26]. U ponad połowy osób zakażonych SARS-CoV-2 schorzenie przemija w sposób łagodny, manifestujący się objawami ze strony górnego odcinka dróg oddechowych [2]. Prawie 90% zakażeń nie wykazuje powikłań, jest oligosymptomatyczna albo objawy choroby są umiarkowane. Dlatego też w przypadku tej grupy pacjentów nie ma wskazań do hospitalizacji [22].

Od momentu, gdy wirus SARS-CoV-2 wniknie do komórki ludzkiej, rozwija się choroba, której przebieg jest etapowy, a każde stadium charakteryzuje się specyficznymi objawami. Do zakażenia najczęściej dochodzi drogą kropelkową, gdzie wirus przenoszony jest podczas mówienia, kichania, kaszlu. Zakazić można się również drogą fekalno-oralną, poprzez

skażone wydzieliną oddechową powierzchnie i przedmioty, co uwidacznia się szczególnie w środowisku, które nie przestrzega zasad higieny [23].

Wykazane drogi rozprzestrzeniania się zakażenia dowodzą, iż do przeniesienia wirusa nie jest konieczny bezpośredni kontakt z nosicielem, gdyż wirus poza organizmem człowieka do czasu dezaktywacji może być zakaźny jeszcze kilkanaście godzin [4].

Stadium zakażenia to faza łączności pacjenta z wirusem SARS-CoV-2. Niestety aktualnie nie ma dokładnych danych określających minimalną dawkę, konieczną do zainfekowania człowieka. Wiadomo bowiem, że do zakażenia, wirus potrzebuje komórki zawierające na swojej powierzchni enzym konwertazy angiotensyny typu II (ACE-2), z którym wiąże się SARS-CoV-2 za pomocą swojego białka C i wnika do wnętrza zainfekowanej komórki. Zjawisko to wspierane jest dodatkowo przez przezbłonową proteazę serynową 2 (TMPRSS2), której obecność także wpływa na wnikanie wirusa [4].

Stadium wczesnej infekcji inicjowane jest przez wtargnięcie wirusa do organizmu chorego, aż do ujawienia się pierwszych objawów i na ogół trwa to 1-14 dni (średnio 5,1 dnia) [23]. Początkowo wirus lokalizuje się w górnych drogach układu oddechowego – jama nosowo-gardłowa i krtań, skąd może przenikać do dolnego odcinka układu oddechowego infekując komórki pęcherzyków płucnych, ale również do komórek innych narządów spoza układu oddechowego, np. serce, jelita, trzustka, nerki, organy centralnego układu nerwowego oraz narządy płciowe męskie [24]. Zainfekowanie przez wirusa wielu różnych organów, skutkuje różnorakim przebiegiem klinicznym choroby oraz bardzo zróżnicowanym wachlarzem objawów.

Stadium fazy płucnej to moment wtargnięcia SARS-CoV-2 do pęcherzyków płucnych, gdzie dochodzi do zapalenia śródmiąższu wraz z tworzeniem się wysięku. Gromadzenie się przesięków w przestrzeni pozakomórkowej prowadzi do zaburzenia wymiany tlenowej: pęcherzyki płucne – krew. Konsekwencją tego jest zjawisko hipoksji, co oznacza, że obniża się ilość transportowanego przez krew tlenu. Na tym etapie choroby konieczna jest już hospitalizacja pacjenta oraz podawanie mu dużych dawek tlenu. Pojawienie się fazy płucnej jest dla pacjenta ogromnym zagrożeniem, gdyż choroba w szybkim tempie może przejść w kolejny, groźny dla życia etap nadmiernej odpowiedzi zapalnej [2].

Stadium reakcji hiperzapalnej objawia się ostrą niewydolnością oddechową. Stan zapalny narasta w błyskawicznym tempie, powodując zbieranie się płynu, który ogranicza dyfuzję gazów. Konieczne jest poddanie pacjenta wysokoprzepływowej terapii tlenem, tzw. HFO, zaś w przypadku braku skuteczności tej formy terapii wskazana jest intubacja pacjenta i włączenie wentylacji mechanicznej (respirator) [25, 26].

Przechorowanie COVID-19 może pozostawić niepożądane następstwa, np. zwłóknienie płuc, rozstrzenie oskrzeli, sarkopenię, choroby naczyń oraz schorzenia neurologiczne [2]. Nieprawidłowości i powikłania pocovidowe mogą wykrystalizować się również wśród osób, u których objawy choroby były skąpe lub nie było ich w ogóle. Najczęściej zauważa się utratę węchu oraz smaku [4].

Objawy kliniczne choroby

Kliniczne objawy COVID-19 determinowane są namnażaniem się wirusa SARS-CoV-2 w drogach oddechowych, początkowo w górnym odcinku, następnie w płucach i w innych narządach całego ustroju oraz z miejscowej i ogólnoustrojowej odpowiedzi układu immunologicznego. Efektem tego są symtomy grypopodobne oraz te, wynikające z miejscowego stanu zapalnego. Rozrzut objawów jest bardzo szeroki, rozwleczony w długim okresie czasowym i o różnej intensywności na poszczególnych etapach.

W zestawieniu z czasem trwania choroby wyróżnia się następujące stany [4, 25]:

- ostry – objawy i związane z nimi dolegliwości trwają do czterech tygodni,
- przedłużający się objawowy – objawy i dolegliwości trwają powyżej 4 tygodni, nawet do 12 tygodni,
- zespół post - COVID-19 – objawy i dolegliwości trwają dłużej niż 12 tygodni i nie mogą one wynikać z innej jednostki chorobowej pacjenta.

Autorzy precyzują również long COVID-19, lecz częściej jest on stosowany zamiennie z post-COVID-19, do objawów i dolegliwości odczuwanych po przechorowaniu [4].

Według najnowszych wytycznych postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 rozróżnić można cztery stadia choroby i jej objawów.

Stadium 1 – to pacjenci bezobjawowi, jak również Ci, u których wystąpiły objawy o charakterze łagodnym, którzy nie wymagają hospitalizacji, zaś na powietrzu atmosferycznym osiągają $SpO_2 \geq 94\%$. Wśród najczęstszych objawów wymienić należy [2, 4, 27]: gorączka, dreszcze, kaszel, zmęczenie, duszność oraz trudności w oddychaniu, bóle mięśni, bóle całego ciała, bóle gardła, bóle głowy, katar, zapalenie spojówek. Część pacjentów sygnalizuje także objawy z układu pokarmowego, jak jadłowstręt, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka. Manifestacją choroby często bywa także anosmia, czyli utrata węchu lub ageusia czyli utrata smaku. Jak donoszą naukowcy objawy te częściej występują u kobiet i są charakterystyczne dla osób w młodszym lub średnim wieku [28]. Osobliwymi symptomami, prezentującymi się głównie wśród osób starszych są najczęściej biegunka z odwodnieniem, majaczenia, wahania

temperatury z hipotermią, upadki wynikające najprawdopodobniej z osłabienia i zmęczenia wywołanego zakażeniem SARS-CoV-19 [29].

Stadium 2 – oprócz rozpoznawalnych, klinicznych objawów choroby, jak stany gorączkowe, zmęczenie, suchy kaszel i duszność, u pacjentów występują również zmiany radiologiczne wskazujące na śródmiąższowe zapalenie płuc. Na powietrzu atmosferycznym SpO_2 u tych pacjentów spada poniżej 94% [25].

Stadium 3 – wyraża się już niewydolnością oddechową, z pojawiającą się dusznością, ze zwiększeniem ilości oddechów powyżej 30 na minutę, ze spadkiem saturacji tlenem na powietrzu atmosferycznym poniżej 90%. W badaniu radiologicznym zauważyć można zmiany zapalne, obejmujące ponad połowę pól płucnych. W badaniach laboratoryjnych wyraźnie uwidacznia się zespół burzy cytokinowej [30]. Na tym etapie rozwoju u pacjentów może wystąpić tak zwana „cicha hipoksemia". To stadium choroby stanowi zagrożenie dla życia pacjenta, wynikające z rozwoju niewydolności oddechowej, podczas której pacjent nie ma subiektywnych odczuć duszności. W takich wypadkach, jako kompensacyjna hiperwentylacja pojawia się zazwyczaj hipokapnia, czyli obniżenie poniżej normy ciśnienia parcjalnego dwutlenku węgla we krwi. Objawia się to zawrotami głowy, szumem w uszach, „mroczkami" przed oczyma, czy też osłabieniem mięśniowym [31]. W tym stanie zaawansowania choroby mogą występować oznaki uszkodzenia zarówno obwodowego jak i ośrodkowego układu nerwowego, jak również uszkodzenia mięśni szkieletowych [32]. Opisywane są także epizody ostrej choroby naczyniowo-mózgowej, jak zakrzepica żył głębokich, krwotok śródmózgowy i udar niedokrwienny, ale także zapalenie mózgu i opon rdzeniowych mózgu, zespół Guillaina-Barre'a, ataksje, drgawki i zaburzenia świadomości [40]. Incydentalnie występowały również zaburzenia sercowo-naczyniowe, wśród których wymienić należy: niedokrwienie lub zapalenie mięśnia sercowego, kardiomiopatię, arytmię komorową oraz niestabilność hemodynamiczną [33]. W ciężkim przebiegu choroby zaznacza się charakterystyczna kolejność zjawisk. Po sześciu dniach od wystąpienia pierwszych objawów następuje duszność jawna, po kolejnych ośmiu dniach wymagana jest hospitalizacja chorego, zaś około 10 doby hospitalizacji zachodzi konieczność intubacji dotchawiczej [34].

Stadium 4 – krytyczny wystepuje w około 5% pacjentów z niewydolnym układem oddechowym, wstrząsem septycznym i zazwyczaj z dysfunkcją wielonarządową, która wraz z ostrą niewydolnością oddechową jest przyczyną zgonu pacjenta [29].

Aktualne leczenie

Leczenie w początkowym etapie pandemii wdrażane było na zasadzie metody prób i błędów, i polegało na aplikacji leków przeciwwirusowych stosowanych wcześniej w leczeniu zakażeń HIV i w gorączce Ebola. Na obecnym etapie wiedzy, przypuszcza się, iż wprowadzane terapie w dużym stopniu swoją efektywność opierały na eliminacji współzakażeń bakteryjnych i grypowych [35].

Aktualnie leczenie pacjentów klasyfikowane jest ze względu na stadium choroby w jakiej znajduje się chory. Pacjenci z łagodnymi objawami, nie wymagający hospitalizacji mają zalecane stosowanie leków przeciwgorączkowych, przeciwkaszlowych i wziewów z budezonidu oraz witaminę D3 i indywidualnie dobieraną dawkę heparyny drobnocząsteczkowej. Chorzy, których objawy wskazują na umiarkowana lub ciężką postać COVID-19, oprócz leków przeciwwirusowych powinni mieć włączone leczenie wspomagające obejmujące heparynę drobnocząsteczkową, nawodnienie, w razie potrzeby antybiotyki oraz farmaceutyki objawowe. Zazwyczaj chorzy Ci są hospitalizowani i wymagają podaży tlenu o różnym zapotrzebowaniu na jego przepływ. W krytycznie ciężkim przebiegu choroby zalecana jest tlenoterapia wysokoprzepływowa, wentylacja mechaniczna, a także ECMO czyli przezbłonowe natlenianie pozaustrojowe [36, 37].

Leczenie chorych w stadium 1

W tej fazie rozwoju choroby pacjenci z reguły są bezobjawowi lub skąpoobjawowi izazwyczaj nie wymagają leczenia, jednakże zalecane jest stałe kontrolowanie stanu klinicznego, przede wszystkim SpO_2, którego wartości nie powinny spadać poniżej 94% [36]. W tym celu chorzy obejmowani są systemem Pulsocare, otrzymują narzędzia do pomiaru saturacji oraz są w stałym kontakcie z konsultantami i lekarzami systemu, którzy dokonują oceny wskazań do leczenia szpitalnego [25]. Warto zwrócić uwagę, iż część chorych mogła mieć obniżoną saturację z powodu innych chorób układu oddechowego, jeszcze przed zakażeniem SARS-CoV-2. W chwili ujawnienia się objawów chorym podaje się leki przeciwgorączkowe z grupy NLPZ lub paracetamol, gdyż te właśnie substancje wykazują największą skuteczność. Jednocześnie zaleca się suplementację witaminy D3 zgodnie z najnowszymi, polskimi rekomendacjami [36]. Badania wykazały, że pacjenci z ciężkim przebiegiem choroby charakteryzowali się również niedoborem tejże witaminy [38]. W celu zminimalizowania kaszlu zaleca się podawać leki przeciwkaszlowe, zaś w celu profilaktyki zakrzepowej dla pacjentów leżących wskazane jest stosowanie heparyny drobnocząsteczkowej [48]. Na tym etapie choroby niewskazane jest stosowanie glikokortykosterydów

oraz tlenoterapii, gdyż badania dowiodły brak sensowności stosowania takiej terapii, a nawet wręcz jej szkodliwość, zaś konieczność wprowadzenia tlenoterapii jest bezwzględnym wskazaniem do leczenia szpitalnego [39]. Nie wykazano również skuteczności wprowadzenia antybiotykoterapii w leczeniu COVID-19 [25].

Leczenie chorych w stadium 2

U pacjentów, u których saturacja jest poniżej 94%, zaś duszność narasta, konieczne jest wprowadzenie tlenoterapii co wiąże się z hospitalizacją chorego. Ze względu na ogólne osłabienie pacjenci z reguły pozostają unieruchomieni w łóżkach. W celu działań profilaktyki zakrzepowo-zatorowej chorzy otrzymują heparynę drobnocząsteczkową. Wprowadza się także terapię przeciwwirusową, pod warunkiem, iż objawy wystąpiły w przeciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku stosowanie terapii antywirusowej mija się z celem, gdyż po tym czasie dochodzi do zaniku replikacji wirusa. Lek przeciwwirusowy remdesivir (jedyny lek o udowodnionej skuteczności) podaje się przez 5 dni [35]. Przedłużenie terapii tym lekiem na kolejne dni jest bezcelowe, gdyż brak jest dowodów na poprawę skuteczności. Niestety z leczenia remdesivirem wykluczeni są pacjenci z niewydolnością nerek przy GFR<30ml/min [25]. W takim przypadku, jak również w przypadku braku remdesiviru w terapii można zastosować osocze ozdrowieńców, przy czym nadal brak jest jednoznacznych dowodów, potwierdzających jego skuteczność, chociaż rozważa się skuteczność terapii osoczem o wysokim mianie przeciwciał [25]. W przypadku powikłań bakteryjnych wskazane jest przeanalizowane wprowadzenie antybiotykoterapii.

Leczenie chorych w stadium 3

Regres klinicznych objawów, pojawiający się na początku 2 tygodnia trwania choroby może wskazywać na burzę cytokinową. Zazwyczaj pomimo stosowanej tlenoterapii o maksymalnym przebiegu, narasta duszność, co jest wskazaniem do modyfikacji leczenia i wprowadzenia tlenoterapii wysokoprzepływowej. Zaś wychwycenie we właściwym momencie rozpoczynającej się burzy cytokinowej pozwoli na włączenie odpowiedniego leczenia co znacznie wpłynie na obniżenie ryzyka mechanicznej wentylacji, a także zgonu [25].

Leczenie chorych w stadium 4

Ciągłe pogarszanie się klinicznego stanu chorego wymaga wprowadzenia wysokoprzepływowej tlenoterapii, choć u większości pacjentów oznacza to zastosowanie mechanicznej wentylacji płuc, która przeprowadzana jest na oddziale intensywnej terapii.

Niekiedy wskazana jest tak zwana prone position, czyli wentylacja w pozycji odwróconej [40]. W wyspecjalizowanych ośrodkach stosuje się także, tak zwane ECMO, czyli żylno-żylne pozaustrojowe natlenianie membranowe [46,56] Jednakże ten rodzaj terapii ma również liczne obostrzenia i nie wszyscy pacjenci w 4 stadium choroby się do takiego leczenia kwalifikują [55]. Niestety na tym etapie choroby pacjentom niezmiernie rzadko udaje się pokonać kryzys. Prawie 67% pacjentów w takim stanie przegrywa walkę z chorobą [27].

W literaturze znaleźć można dużą ilość leków, których zastosowanie do terapii COVID-19 było proponowane przez wielu specjalistów (np. leki przeciwwirusowe – amantadyna, leki anty-HIV, interferony, immunoglobuliny), jednakże brak jest potwierdzenia ich skuteczności w badaniach lub badania nad ich przydatnością w leczeniu COVID-19 nadal trwają [25].

Postępowanie profilaktyczne

Wynalezienie oraz wprowadzenie do masowej podaży dla ludności szczepionek przeciwko COVID-19 nie zwalnia z rezygnacji z działań zapobiegawczych, podejmowanych w codziennym funkcjonowaniu. To właśnie profilaktyka jest najważniejszym elementem przeciwdziałania rozszerzania się pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Zabezpieczanie przez zakażeniem to wdrożenie zasady DDMA+W, co oznacza dezynfekcja-dystans-maseczka-aplikacja oraz wietrzenie. Działania te powinny zostać podjęte jeszcze przed rozprzestrzenieniem się wirusa w środowisku lokalnym [4].

Wśród najważniejszych działań profilaktycznych wymienić należy [41]:

- Dezynfekcja i mycie rąk – wskazane jest mycie rąk mydłem i ciepłą wodą przez co najmniej 20 sekund, zaś w przypadku, gdy jest to niemożliwe należy ręce zdezynfekować preparatem zawierającym alkohol w stężeniu co najmniej 60%, wcierając go, do momentu aż dłonie pozostaną suche. Koronawirus SARS-CoV-2 jest wirusem osłonkowym, a to oznacza iż jest podatny na działanie wszystkich rozpuszczalników lipidów, do których między innymi należy mydło. Podczas kichania, kaszlu należy zasłaniać usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką, która należy wyrzucić a ręce umyć. Dodatkowo należy unikać dotykania dłońmi oczu, nosa i ust, gdyż przez błony śluzowe wirus wtargnie do organizmu [42, 43]. Dezynfekować należy również wszelkie powierzchnie robocze, klawiatury, klamki, poręcze itp., gdyż jak wykazały badania koronawirus SARS-CoV-2 na powierzchniach nieożywionych może przetrwać od kilku minut nawet do miesiąca [44].
- Bezpieczna odległość – dla bezpieczeństwa własnego i drugiego człowieka wskazane jest zachowanie co najmniej 1,5 do 2 metrów odległości. Odległość taka zabezpiecza przed wdychaniem wirusa z kropelkami wydychanego przez rozmówcę powietrza.

- Maseczka – noszenie maseczki zakrywającej usta i nos wspomaga rozprzestrzenianie się niektórych schorzeń układu oddechowego. Jednakże sama maseczka nie zabezpieczy przed infekcją, jeśli nie będą stosowane inne środki profilaktyczne. Maseczka jednorazowa powinna być stosowana maksymalnie 2 godziny, gdyż w wyniku zawilgocenia wydzieliną oddechową traci właściwości ochronne. Dodatkowo raz zdjęta maseczka nie powinna być nakładana ponownie [45].
- Aplikacja – w aplikacji znaleźć można rzetelne i wiarygodne informacje medyczne, związane z leczeniem, testami, szczepieniami i inną tematyką powiązaną z COVID-19. Aplikacja wspiera także usługi związane z pandemią, np. opiekę zdrowotną, pomoc socjalną itp.
- Wietrzenie – niedostateczna wymiana świeżego powietrza zwiększa ryzyko zakażenia się wirusem SARS-CoV-19, gdyż osoba chora wydycha aerozol zawirusowany. Podczas wietrzenia aerozol zostaje rozcieńczony, a to zmniejsza prawdopodobieństwo infekcji [46].

Ale prewencja COVID-19 to jednocześnie wiedza na temat mozliwych objawów choroby i wczesne, właściwe reagowanie w chwili zauważenia ich u siebie lub u osoby, z którą mamy kontakt.

Szczepienia - najskuteczniejsza obrona przed negatywnymi skutkami choroby

Wprowadzenie w tak szybkim czasie szczepionek przeciw COVID-19 możliwe było, dzięki wcześniejszym pracom badawczym i technologiom wykorzystywanym w walce z poprzednimi wirusami [12].

Szczepionki to substancje pochodzenia biologicznego, posiadające w swoim składzie antygen pobudzający układ odpornościowy do indukcji immunologicznej odpowiedzi swoistej przeciwko konkretnemu drobnoustrojowi. Biologiczny preparat to zazwyczaj żywy lecz osłabiony zjadliwie drobnoustrój, zabity drobnoustrój lub tylko część jego struktury lub metabolity [47].

Szczepionki produkowane według najnowszych systemów, określane są jako genetyczne. Zawierają one namnożone fragmenty mRNA-S, które wnikając do organizmu ludzkiego – indukują w komórkach syntezę białek S, stymulując układ odpornościowy do wytwarzania przeciwciał oraz limfocytów cytostatycznych i pamięci komórkowej. Ten sposób ochrony pozwala na zabezpieczenie przed ciężkim przebiegiem choroby oraz przed niebezpiecznymi powikłaniami [47].

Każda szczepionka przed wprowadzeniem do powszechnego użytku jest badana na grupach ochotników i porównywana z grupą placebo. Do użytku zastosowano tylko szczepionki o wysokiej skuteczności działania. Zwyczaj stosuje się podwójne dawki szczepionek. Celem drugiej dawki jest przedłużenie oraz wzmocnienie pamięci immunologicznej, a im dłuższy czas między pierwszą a drugą dawką tym wyższy poziom przeciwciał [64]. Po szczepieniu przeciwko COVID-19 mogą wystąpić, podobnie jak po innych szczepionkach poszczepienne odczyny niepożądane, których charakter jest zazwyczaj opisany w ulotce produktu użytego do szczepienia. Może się zdarzyć, iż w krótkim czasie po szczepieniu u danej osoby wystąpiły objawy choroby. Nie jest to związane z wszczepieniem wirusa, lecz z zakażeniem wynikającym z braku jeszcze odporności i jednocześnie brakiem ostrożności w kontaktach z innymi [48].

CEL PRACY

Przedmiotem badań jest stan wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat zakażenia wirusem SARS-COV-2. Celem badania jest określenie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat zakażenia wirusem SARS-COV.

Problemy badawcze:

1. Jaki jest poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 i czy wiedza ta zależy od płci, wieku, stażu pracy, posiadania specjalizacji oraz miejsca pracy respondentów?
2. Jaki jest związek wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy, miejsca zamieszkania oraz przechorowania COVID-19 na poziom wiedzy respondentów na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2?
3. Jaki jest związek wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy, miejsca zamieszkania, posiadania specjalizacji oraz przechorowania COVID-19 z wiedzą ankietowanych na temat metod leczenia SARS-COV-2?
4. Jaki jest związek wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy, miejsca zamieszkania, posiadania specjalizacji oraz przechorowania COVID-19 na poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat metod profilaktyki przeciw SARS-COV-2?
5. Jaka jest samoocena posiadanej wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat SARS-CoV-2?

MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się metodą badawczą sondażu diagnostycznego. Odpowiednią techniką była technika ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa. Kwestionariusz składał się z 34 pytań zamkniętych, z możliwością udzielenia na nie jednej lub kilku odpowiedzi. Pierwszych 8 pytań charakteryzowało badanych pod względem czynników socjodemograficznych tj. płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, posiadanie specjalizacji oraz staż pracy w zawodzie. Pozostałych 26 pytań dotyczyło tematyki pracy, związanej z COVID-19.

Badanie przeprowadzono w dniach od 19.09.2021 do 3.10.2021 roku. Prowadzono je internetowo, wykorzystując w tym celu platformę Google. Badaną grupę dobrano losowo, za pośrednictwem portali społecznościowych, forów tematycznych oraz poczty elektronicznej. Każdy z uczestników badania wyraził na nie dobrowolną zgodę. Każdego z ankietowanych poinformowano o celu prowadzonych badań a także o zachowaniu ich anonimowości. Rozdano 170 ankiet. Do badacza powróciło 151 ankiet, z czego 13 odrzucono ze względu na braki w odpowiedziach. Ostatecznie do analizy zakwalifikowano 138 poprawnie i kompletnie wypełnionych ankiet.

Poziom wiedzy w teście wiedzy oceniano według schematu:

- Niski poziom wiedzy - do 50,0% poprawnych odpowiedzi;
- Średni poziom wiedzy - >50,0% i <75,0% poprawnych odpowiedzi;
- Wysoki poziom wiedzy ≥75,0% poprawnych odpowiedzi.

Analizę statystyczną wyników ankiet przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3 firmy StatSoft. Analizowano dane o charakterze jakościowym. Zależności zachodzące pomiędzy zmiennymi oceniono testem chi-kwadrat Pearsona. Wyniki ukazano w postaci częstości, liczbowo i procentowo, w tabelach wielodzielczych. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p<0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę stanowiło 138 pielęgniarek. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety, w liczbie 134 (97,1%) osób. Mężczyzn było 4 (2,9%). Wśród ankietowanych najwięcej było osób w wieku 46-55 lat (58 – 42,0%). W wieku 36-45 lat było 38 (27,5%) badanych oraz w wieku 26-35 lat 21 (15,2%) respondentek.

Mniej licznie występowały w badanej grupie osoby w wieku poniżej 26 lat (4 – 2,9%) oraz powyżej 55 roku życia (17 – 12,3%). Wśród badanych były 32 (23,2%) osoby zamieszkujące miasta poniżej 100 tys. mieszkańców, 54 (39,1%) osoby, zamieszkujące miasta powyżej 100 tys. mieszkańców oraz 52 (37,7%) osoby mieszkające na wsi. Najwięcej, wśród badanych było osób będących w związku małżeńskim (110 – 79,7%). Panien bądź kawalerów było 8 (5,8%), osób rozwiedzionych 14 (10,1%) oraz owdowiałych 6 (4,3%). Badani w większości posiadali wykształcenie wyższe magisterskie z pielęgniarstwa (81 – 58,7%). Wykształcenie wyższe licencjackie z pielęgniarstwa miało 38 (27,5%) osób, zaś wykształcenie średnie, pozostałych 19 (13,8%) osób. Ponad połowa badanego personelu pielęgniarskiego miała specjalizację (84 – 60,9%). Najwięcej respondentów posiadało staż pracy w zawodzie, wynoszący od 21 do 30 lat (47 – 34,1%) lub powyżej 31 lat (29 – 21,0%). W oddziałach szpitalnych pracowała więcej niż połowa badanych (72 – 52,2%). W przychodni lub poradni pracowało 15 (10,9%) pielęgniarek a 51 (37,0%) osób, pracowało w ZOL lub DPS.

Omówienie i analiza wyników badań

Wśród ankietowanych było 81 osób (58,7%), które przechorowały COVID-19. Liczna część badanych (96 – 69,6%) posiadała wśród swoich bliskich osobę, która przechorowała COVID-19. Wiedzę na temat koronawirusa ankietowani czerpali najczęściej z Internetu (109 – 79,0%), ze Strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (96 – 69,6%) oraz z telewizji (80 – 58,0%). Własną wiedzę na temat koronawirusa badani oceniali najczęściej dobrze (86 – 62,3%). Za bardzo dobrą uznało ją 19 (13,8%) osób, zaś za przeciętną 33 (23,9%) osoby.

W kolejnej części analizy ukazano odpowiedzi badanego personelu pielęgniarskiego, jakich udzielali na kolejne pytania, sprawdzające ich wiedzę na temat wirusa SARS-CoV-2. Pytania zostały podzielone w bloki tematyczne, dotyczące mechanizmu powstania epidemii COVID-19, objawów i przebiegu klinicznego SARS-CoV-2, metod leczenia SARS-CoV-2 oraz metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2.

Wiedza na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19

Jako pełną nazwę wirusa, odpowiedzialnego za obecną pandemię badani w większości wskazywali wirus SARS-COV-2 (137 – 99,3%). Niemal wszyscy badani (137 – 99,3%) wskazali układ oddechowy, jako układ, w obrębie którego swój przebieg ma choroba wywołana przez koronawirusa. Niespełna połowa badanych poprawnie wskazała, iż choroba COVID-19 pochodzi od nietoperzy (62 – 44,9%). Jako rzeczywisty okres inkubacji pomiędzy zakażeniem a wystąpieniem objawów najwięcej badanych wskazało okres 1-14 dni (73 – 52,9%),

a kolejnych 65 (47,1%) osób wiedziało, iż do wystąpienia objawów wystarczy najczęściej około 5 dni od zakażenia. Badani w większości nie zgadzali się z opinią, iż dzieci nie mogą się zarazić koronawirusem (116 – 84,1%).

Wiedza na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2

Ponad połowa ankietowanych wiedziała, iż nie u każdej osoby zarażonej koronawirusem występują objawy ze strony układu oddechowego – 93 (67,4%). Badani w większości mieli świadomość, iż osoby zakażone koronawirusem mogą nie zdawać sobie sprawy ze swojego zakażenia (120 – 87,0%). Najczęściej wskazywanymi przez badanych, objawami, typowymi dla osoby zakażonej koronawirusem były zaburzenia smaku i węchu (134 – 97,1%), wysoka gorączka (124 – 89,9%), duszność (124 – 89,9%), bóle głowy (99 – 71,7%) i suchy kaszel (96 – 69,6%). Badani w większości podzielali opinię, iż osoby zakażone koronawirusem, nie wykazujące objawów mogą zarażać innych (131 – 94,9%). Badani w większości wiedzieli, iż osoby starsze, mające schorzenia przewlekłe mogą być bardziej podatne na wystąpienie cięższych objawów (134 – 97,1% osób). Powikłaniami, jakie zdaniem badanych mogą wystąpić po zakażeniu koronawirusem były najczęściej powikłania pulmonologiczne (131 – 94,9%), kardiologiczne (120 – 87,0%), zakrzepowo-zatorowe (115 – 83,3%) oraz destabilizacja obecnych wcześniej schorzeń (80 – 58,0%). Opinię, iż możliwym jest ponowne zachorowanie na COVID-19 podzielało 133 (96,4%) respondentów. Z opinią, iż zakażenie koronawirusem może być śmiertelne zgadzało się 129 osób (93,5%).

Wiedza na temat metod leczenia SARS-COV-2

Badani w większości wiedzieli, iż nie ma potrzeby, aby osoba, która miała kontakt z osobą zakażoną koronawirusem musiała poddać się leczeniu szpitalnemu (130 – 94,2%).

Wiedza na temat metod profilaktyki przeciw SARS-COV-2

Badani w większości podzielali opinię (137 – 99,3%), iż częste mycie rąk jest zalecane, jako profilaktyka przed zakażeniem koronawirusem. Za prawidłowy czas mycia dłoni mydłem niespełna połowa badanych uznała czas około 20 sekund (62 – 44,9%). Liczna grupa respondentów (59 – 42,8%) przekonana była o konieczności mycia dłoni mydłem przez około 1 minutę. Badani częściej podzielali zdanie (96 – 69,6%) aniżeli nie zgadzali się z opinią (22 – 15,9%), iż rozpylenie na skórę stężonego alkoholu niszczy koronawirusa.

W większości respondenci zadeklarowali, iż spożywanie alkoholu nie zmniejsza ryzyka zakażenia koronawirusem (115 – 83,3%).

Z opinią, iż najlepszą ochroną przed zakażeniem koronawirusem jest reżim sanitarny zgadzało się 112 (81,2%) respondentów. Z opinią, iż na świeżym powietrzu nie trzeba zasłaniać nosa i ust maseczką ochronną nie zgadzało się 39 (28,3%) badanych, zaś opinię tę podzielało 88 (63,8%) ankietowanych. Badani w większości zgadzali się, że przy występujących objawach podobnych do grypy należy zostać w domu (136 – 98,6%). Badani nie zgadzali się najczęściej, że przyjęcie jednej dawki szczepionki Pfizer, Moderna lub Astra Zeneca daje pełną odporność na zakażenie koronawirusem (123 – 89,1%).

Analiza problemów badawczych

1. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 jest wysoki i nie zależy od płci, wieku, stażu pracy czy posiadania specjalizacji. Większą wiedzę na ten temat posiadają jednak badani, pracujący w szpitalach jednoimiennych w porównaniu do pracowników innych placówek.
2. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 najczęściej był średni (59 – 42,8%) lub wysoki (56 – 40,6%). Niski poziom wiedzy miały 23 (16,7%) pielęgniarki. Wyniki prezentuje Tabela 1.

Tabela 1. Poziom wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19

Poziom wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19	Liczba	%
Niski	23	16,7
Średni	59	42,8
Wysoki	56	40,6
Razem	138	100,0

Analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na poziom wiedzy badanych na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19.

Istotna statystycznie była zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 a płcią respondentów ($\chi^2(2)=6,03$ $p=0,049$). Mężczyźni cechowali się większą wiedzą w tym zakresie aniżeli kobiety. Wyniki prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Poziom wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 a płeć

Poziom wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niski	23	17,2	0	0,0	23	16,7
Średni	59	44,0	0	0,0	59	42,8
Wysoki	52	38,8	4	100,0	56	40,6
Razem	134	100,0	4	100,0	138	100,0
p	**$\chi^2(2)=6,03$ p=0,049**					

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Brak było związku pomiędzy poziomem wiedzy a pozostałymi czynnikami socjogeograficznymi.

3. Poziom wiedzy respondentów na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-CoV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy czy miejsca zamieszkania respondentów. Wyższą wiedzę na ten temat mają jednak osoby, które przechorowały COVID-19.

   Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2 najczęściej był wysoki (111 – 80,4%). Niski poziom wiedzy miało 5 (3,6%) osób, zaś średni 22 (15,9%) osoby.

   Analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na poziom wiedzy badanych na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2. Nie potwierdzono wpływu czynników socjodemograficznych na stan wiedzy badanych na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-CoV-2. Hipotezę 2 w większości potwierdzono.
4. Wiedza respondentów na temat metod leczenia SARS-COV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy czy miejsca zamieszkania respondentów. Wiedzę na ten temat mają częściej osoby, które przechorowały COVID-19.
5. Badani w znacznej większości posiadali wiedzę na temat leczenia SARS-CoV-2 – 130 (94,2%). Wyniki prezentuje Tabela 3.

Tabela 3. Posiadanie wiedzy na temat leczenia SARS-CoV-2

Posiadanie wiedzy na temat metod leczenia SARS-CoV-2	Liczba	%
Tak	130	94,2
Nie	8	5,8
Razem	138	100,0

Analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na wiedzę badanych na temat leczenia SARS-COV-2. Nie potwierdzono wpływu czynników socjodemograficznych na posiadanie przez badanych wiedzy na temat leczenia SARS-CoV-2. Hipotezę 3 w większości potwierdzono.

6. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy czy miejsca zamieszkania respondentów. Wyższą wiedzę na ten temat mają jednak osoby, które przechorowały COVID-19.

   Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2 najczęściej był wysoki (96 – 69,6%). Niski poziom wiedzy miało 17 (12,3%) osób, zaś średni 25 (18,1%) ankietowanych.

   Analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na poziom wiedzy badanych na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2. Istotny wpływ na wiedzę badanych na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2 miało miejsce zamieszkania ($\chi^2(2)=6,14$ $p=0,046$). Wyższym poziomem wiedzy w tym zakresie wykazały się osoby mieszkające na wsi w porównaniu do osób mieszkających w mieście. Wyniki prezentuje Tabela 4.

Tabela 4. Poziom wiedzy na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2 a miejsce zamieszkania

Poziom wiedzy na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2	Wieś		Miasto		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Niski	2	3,9	15	17,4	17	12,3
Średni	12	23,1	13	15,1	25	18,1
Wysoki	38	73,1	58	67,4	96	69,6
Razem	52	100,0	86	100,0	138	100,0
p	**$\chi^2(2)=6,14$ p=0,046**					

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Brak było związku pomiędzy poziomem wiedzy a pozostałymi czynnikami socjogeograficznymi.

7. Samoocena własnej wiedzy na temat SARS-COV-2 personelu pielęgniarskiego jest co najmniej dobra.

   Własną wiedzę na temat koronawirusa badani oceniali najczęściej dobrze (86 – 62,3%). Za bardzo dobrą uznało ją 19 (13,8%) osób, zaś za przeciętną 33 (23,9%) osoby. Zatem co najmniej dobrze, własną wiedzę w tym zakresie oceniało łącznie 105 (76,1%) ankietowanych.

   Analizie poddano wpływ czynników socjodemograficznych na subiektywną ocenę badanych własnej wiedzy na temat koronawirusa. Istotny wpływ na ocenę przez badanych własnej wiedzy na temat koronawirusa miało miejsce ich zamieszkania ($\chi^2(2)=7,71$ p=0,021). Osoby mieszkające w mieście oceniały własną wiedzę w tym zakresie nieco słabiej aniżeli osoby zamieszkujące na wsi, co znalazło potwierdzenie w obiektywnej ocenie wiedzy badanych z tych dwóch grup. Wyniki prezentuje Tabela 5.

Tabela 5. Subiektywna ocena własnej wiedzy na temat koronawirusa a miejsce zamieszkania

Subiektywna ocena własnej wiedzy na temat koronawirusa	Wieś		Miasto		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Bardzo dobra	5	9,6	14	16,3	19	13,8
Dobra	40	76,9	46	53,5	86	62,3
Przeciętna	7	13,5	26	30,2	33	23,9
Razem	52	100,0	86	100,0	138	100,0
p	**$\chi^2(2)=7,71$ p=0,021**					

χ^2 - wartość testu chi-kwadrat Pearsona; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Brak było związku pomiędzy oceną przez badanych własnej wiedzy a pozostałymi czynnikami socjogeograficznymi. Hipotezę 5 potwierdzono.

DYSKUSJA

W grudniu 2019r. doszło do bardzo szybkiego rozprzestrzenienia się infekcji COVID-19 w miejscowości Wuhan w Chinach, a w konsekwencji niedługo później i na cały świecie, powodując ostre wybuchy zapalenia płuc oraz poważny stres psychiczny wśród ludzi [66]. Z kolei 11 marca 2020r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła chorobę COVID-19 jako epidemię, bowiem według danych szacunkowych z dnia 13 maja 2020r. liczba przypadków zakażonych tym wirusem wynosiła 4 170 424 oraz 287 399 zgonów [49]. Koronawirus jest wirusem otoczkowym RNA powodującym często choroby układu oddechowego i neurologicznego, a także jelitowego i wątroby. Choć śmiertelność COVID-19 jest dużo niższa w przypadku innych rodzin koronawirusów, tak w przypadku SARS-CoV-2 oraz MERS-CoV wskaźnik ten jest bardzo wysoki. W związku z tym faktem, wraz z ogłoszeniem stanu epidemii, podjęte zostały ścisłe środki izolacyjne na całym świecie. Pracownicy ochrony zdrowia, bezpośrednio odpowiedzialni za leczenie oraz opiekę nad pacjentami zakażonymi COVID-19, bardzo często pracują pod ogromną presją, bowiem mają kontakt z wysoce zaraźliwym wirusem, a także nie posiadają standardowego protokołu leczenia, dlatego ich wiedza oraz właściwa postawa stanowią niezwykle istotny czynnik, niezbędny w uzyskiwaniu pozytywnych wyników w walce z epidemią COVID-19 [50].

Głównym celem niniejszej pracy jest określenie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Dokonano także przeglądu literatury medycznej celem zweryfikowania czy uzyskane w badaniu własnym wyniki znalazły swoje odzwierciedlenie w dostępnych publikacjach naukowych.

Oceny poziomu wiedzy, obaw, postrzeganego wpływu oraz gotowości 207 pielęgniarek na pandemię COVID-19 dokonali w swojej publikacji El-Moshed, Amr i wsp. [51]. Uzyskane przez autorów wyniki pozwoliły wywnioskować, iż około połowa badanych (51,2% osób) jako główne źródło informacji w zakresie wirusa SARS-CoV-2 wskazała strony internetowe oraz oficjalne strony Ministerstwa Zdrowia i Światowej Organizacji Zdrowia. Podobnie w pracy własnej ankietowani najczęściej czerpali wiedzę w tym zakresie z Internetu (79,0% osób), ze strony internetowej Ministerstwa Zdrowia (69,6% badanych) oraz z telewizji (58,0% personelu). Zdecydowana większość egipskich respondentów (81,6% uczestników) znała naturę wirusa, zaś 83,6% ankietowanych zgadzało się, iż ich praca naraża na ryzyko zarażenia COVID-19. Podobnie w pracy autorskiej zdecydowana większość badanych, jako pełną nazwę wirusa, odpowiedzialnego za obecną pandemię, w większości wskazywała wirusa SARS-CoV-2 (99,3% uczestników), zaś niemal wszyscy wskazali również układ oddechowy, jako układ, w obrębie którego swój przebieg ma choroba wywołana przez koronawirusa. Ponadto niespełna połowa respondentów z pracy własnej poprawnie wskazała, iż choroba COVID-19 pochodzi od nietoperzy (44,9% osób), zaś jako rzeczywisty okres inkubacji pomiędzy zakażeniem, a wystąpieniem objawów najwięcej badanych wskazało okres 1-14 dni (52,9% uczestników). Większość personelu pielęgniarskiego z Egiptu (72,0% osób) czuła się osobiście przygotowana na pandemię. Niniejsze badanie pokazuje, iż większość pielęgniarek posiadała akceptowalny poziom wiedzy w zakresie wirusa SARS-COV-2. W pracy własnej wiedza pielęgniarek na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 była najczęściej średnia lub wysoka, natomiast swój własny poziom wiedzy na temat koronawirusa personel oceniał najczęściej dobrze (62,3% osób).

Gotlib, Witkowska-Zimny i wsp. [52] po przebadaniu poziomu wiedzy i postaw studentów pielęgniarstwa w zakresie pandemii wirusa SARS-CoV-2 i COVID-19 doszli do wniosku, iż ogólna wiedza badanych w tym zakresie znajdowała się na wysokim poziomie, jednak ich wiedza szczegółowa była już niewystarczająca. Ponadto zaobserwowano znaczne różnice pomiędzy poziomem wiedzy w omawianym temacie, a miejscem zamieszkania respondentów, bowiem studenci pochodzący ze wsi posiadali niższy jej poziom aniżeli mieszkańcy miast. W pracy własnej z kolei istotna statystycznie była zależność pomiędzy poziomem wiedzy na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19, a płcią

ankietowanych ($\chi^2(2)=6,03$ $p=0,049$), bowiem mężczyźni cechowali się większą wiedzą w tym zakresie aniżeli kobiety, natomiast nie wykazano związku pomiędzy innymi czynnikami socjogeograficznymi.

W swoim artykule Suphi, Aydin i wsp. [53] dokonali oceny wiedzy oraz postaw 123 pielęgniarek podczas epidemii COVID-19. Uzyskane wyniki ukazały, iż w trakcie pandemii zdecydowana większość badanych (97,6% osób) posiadała obszerne informacje w zakresie klinicznych objawów zakażenia SARS-COV-2, zaś 88,0% z nich również na temat metod diagnostycznych. W badaniu własnym poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2 również najczęściej był wysoki (80,4% osób) oraz nie zależał od czynników socjodemograficznych badanych. Ponadto ankietowani z pracy autorskiej w większości posiadali także świadomość, iż osoby zakażone koronawirusem mogą nie zdawać sobie z tego sprawy oraz mogą zarażać innych, zaś do najczęstszych wymienianych przez nich objawów zakażenia należały zaburzenia smaku i węchu, wysoka gorączka, duszność, bóle głowy oraz suchy kaszel. Ponad połowa tureckich respondentów (66,7% uczestników) posiadała historię kontaktu z pacjentem z potwierdzonym pozytywnym wynikiem. W pracy własnej ponad połowa ankietowanych przechorowała COVID-19, a liczna część z nich (69,6% osób) posiadała pośród swoich bliskich osobę, która również przeszła tę chorobę, zatem wyniki te były zbieżne z wynikiem cytowanego artykułu.

Głównym celem badania Al-Dossary, Alamri i wsp. [54] było przeanalizowanie danych demograficznych 500 pielęgniarek, tj. wiek, płeć, stan cywilny, obszar praktyki, długość stażu, region pracy, wynagrodzenie, poziom wykształcenia, narodowość oraz główne źródło wiedzy na temat COVID-19, w zakresie ich świadomości, postaw, profilaktyki oraz postrzegania COVID-19 w trakcie trwającej epidemii. Uzyskane przez autorów wyniki pozwoliły wywnioskować, iż większość badanych (96,85% osób) posiadała doskonałą znajomość w omawianym zakresie, natomiast 83,2% z nich zgłosiła również wysoki poziom wiedzy w zakresie profilaktyki oraz umiejętności leczenia COVID-19. Podobnie w pracy własnej badani w znacznej większości posiadali wiedzę na temat leczenia SARS-CoV-2 (94,2% osób), w większości również posiadali informację na temat tego, iż nie ma potrzeby, aby osoba, która miała kontakt z osobą zakażoną koronawirusem musiała poddać się leczeniu szpitalnemu (94,2% uczestników). Ponad połowa respondentek saudyjskich (60,4% uczestniczek) posiadała wysokie pozytywne podejście do opieki nad pacjentem zarażonym. Ponadto zaobserwowano, iż pielęgniarki zamężne oraz posiadające wykształcenie licencjackie, miały większą świadomość, lepsze nastawienie oraz doświadczenie kliniczne w zapobieganiu COVID-19, natomiast pielęgniarki spoza Arabii Saudyjskiej posiadały wyższą samoocenę, pozytywne

nastawienie, optymalną profilaktykę oraz pozytywne postrzeganie względem pielęgniarek saudyjskich. W pracy autorskiej nie potwierdzono wpływu czynników socjodemograficznych na posiadanie przez badanych wiedzy na temat leczenia SARS-CoV-2.

W swojej publikacji Shawahna [55] dokonał oceny wiedzy, postaw oraz stosowania środków ochronnych przeciwko COVID-19 wśród 455 osób z personelu pielęgniarskiego. Średnia wyników w tymże zakresie wyniosła kolejno 75,7%, 75,1% oraz 91,6%. Ponadto wysoki poziom wiedzy korelował z płcią damską oraz wysoką samooceną własnego statusu społecznego, zaś wyższy poziom prezentowanych przez badanych postaw wiązał się z płcią damską, wysoką samooceną osiągnieć w nauce oraz faktem przechorowania na COVID-19. Wyższy poziom stosowania się do środków ochronnych korelował z kolei z wysoką samooceną respondentów w zakresie osiągnięć naukowych. Wyniki cytowanego badania pokazują, iż uczestnicy posiadali dużą wiedzę, stosunkowo optymistyczne nastawienie oraz w sposób właściwy stosowali środki ochronne przeciwko COVID-19. W pracy własnej poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat metod profilaktyki przeciw SARS-COV-2 również najczęściej był wysoki (69,6% osób), natomiast istotny wpływ na wiedzę badanych w tym zakresie miało miejsce zamieszkania, bowiem wyższym jej poziomem wykazały się osoby zamieszkujące wsie.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat mechanizmu powstania epidemii COVID-19 jest w większości wysoki i nie zależy od wieku, stażu pracy czy posiadania specjalizacji. Większą wiedzę na ten temat posiadają jednak mężczyźni aniżeli kobiety.
2. Poziom wiedzy respondentów na temat objawów i przebiegu klinicznego SARS-COV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy, miejsca zamieszkania czy faktu przechorowania na COVID-19.
3. Wiedza respondentów na temat metod leczenia SARS-COV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy czy miejsca zamieszkania respondentów.
4. Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat metod profilaktyki przeciw SARS-CoV-2 nie zależy od wykształcenia, płci, wieku, miejsca pracy, natomiast jest wyższy pośród mieszkańców wsi.
5. Samoocena własnej wiedzy na temat SARS-CoV-2 personelu pielęgniarskiego jest co najmniej dobra.

Postulat dla praktyki pielęgniarskiej

1. Istotne jest prowadzenie systematycznych, okresowych szkoleń na temat COVID-19 co pogłębiloby i ustystematyzowało wiedzę personelu pielęgniarskiego na ten temat.
2. Bardzo ważne jest zapewnienie pełnej ochrony osobistej personelu pielęgniarskiego co zapewni spokój i komfort pracy dla personelu.

PIŚMIENNICTWO

1. Pancer K.: Pandemiczne koronawirusy człowieka charakterystyka oraz porównanie wybranych właściwości HCOV-SARS i HCOV-MERS. Postępy Mikrobiologii 2018; 57(1): 22-32.
2. Welz A., Breś-Targowska A.: Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny. Farmacja Polska 2020; 5(76): 259-268.
3. Wróblewska M.: Epidemiologia zakażenia SARS-CoV-2 [w:] Profilaktyka zakażeń powodowanych przez SARS-CoV-2 w zakładach opieki zdrowotnej, Hryniewicz W., Dubiela G. (red.). Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2020: 11-17.
4. Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A. i wsp.: Zrozumieć COVID-19. Opracowanie Zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk, PAN 2020.
5. Heitzman J.: Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. Psychiatria Polska 2020: 54(2): 187-198.
6. Materiały z Krajowej Konferencji Naukowej „Zagrożenia i społeczne konsekwencje pandemii", z dnia 19.03.2021.
7. Jeżewski R.: Wpływ koronawirusa SARS-CoV-2 (jako wystąpienie siły wyższej) na zadłużenie Polaków. Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze 2021; 14: 50-64.
8. Zając K., Zając A.: Koronawirusy - realne zagrożenie?, Acta Uroboroi. W kręgu epidemii 2018: 115-122.
9. Abramczuk E., Pancer K., Gut W. i wsp.: Niepandemiczne koronawirusy człowieka. Postępy Mikrobiologii 2017; 56(2): 205-213.
10. Reusken C., Raj V., Koopmans M. et al.: Cross host transmission in the emergence of MERS coronavirus. Current Opinion in Virology 2016; 16: 55-62.
11. Pyrć K.: Ludzkie koronawirusy. Postępy Nauk Medycznych 2015; 28(4B): 48-54.

12. Płytycz B.: Ewolucja koronawirusa SARS-CoV-2 a skuteczność szczepionek przeciw COVID-19 (z addendum o pochodzeniu SARS-CoV-2). Wszechświat 2021; 122(4-6): 104-117.
13. Kruszewska D.: Współczesne zoonozy – klątwa XXI wieku. Życie Weterynaryjne 2020; 95(7): 405-413.
14. Domańska-Blicharz K., Woźniakowski G., Rola J.: Koronawirusy – patogeny ważne z punktu widzenia zdrowia zwierząt i ludzii. Życie Weterynaryjne 2020; 95(6): 347-358.
15. Pierwszy raport WHO z dn. 21 stycznia 2021 r. https://www.who.int/docs/de¬fault-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvr-sn=20a99c10_4 [dostęp:30.06.2021].
16. Włodarczyk W.C.: Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2020; 18(2): 126-148.
17. Wawrzyniak A., Kuczborska K., Lipińska-Opałka A. i wsp.: Koronawirus 2019-nCoV – transmisja zakażenia, objawy i leczenie. Pediatria i Medycyna Rodzinna 2019; 15(4): 1-5.
18. Krawczyk-Wasilewska V.: COVID-19 jako paradygmat choroby globalnej. Etnografie Czasu Zarazy 2020; 104: 155-184.
19. https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-SARS-CoV-2 [dostęp:09.07.2021].
20. Witkowski J. M.: Mechanizmy starzenia się układu odpornościowego a COVID-19 i choroby wieku podeszłego. Webinarium Immunologia w dobie COVID-19, Warszawa 2020, 15-21.
21. Flisiak R.: Śmiertelność z powodu COVID-19, dane z bazy SARSTer. http://www.pteilchz.org.pl/wp [dostęp:12.07.2021].
22. Pollán M., Pérez-Gómez B., Pastor-Barriuso R. et al.: Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet 2020; 396: 535-544.
23. Lauer S.A., Grantz K.H., Bi Q. et al.: The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. Annals of Internal Medicine 2020; 172: 577-582.
24. Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S. et al.: SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. Cell 2020; 181: 271-280.

25. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J. i wsp.: Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, na dzień 26 kwietnia 2021.
26. Ulenberg G.: Zabezpieczenie dróg oddechowych u chorych z COVID-19, Procedury Pielęgniarskie w obliczu pandemii. PZWL Warszawa 2020.
27. Bednarek A.: Aktualne dane naukowe na temat zakażenia nowym koronawirusem SARS-CoV-2 i choroby COVID-19. Procedury Pielęgniarskie w obliczu pandemii, PZWL Warszawa 2020, 6-10.
28. Wiersinga W.J., Rhodes A., Cheng A.C. et al.: Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) A Review. JAMA 2020; 324: 782-793.
29. Blain H., Rolland Y., Benetos A. et al.: Atypical clinical presentation of COVID 19 infection in residents of a long term care facility. European Geriatric Medicine 2020; 11: 1085-1088.
30. Umakanthan S., Sahu P., Ranade A.V. et al.: Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Postgraduate Medical Journal 2020; 96: 753-758.
31. Xie J., Tong Z., Guan X. et al.: Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. Intensive Care Medicine 2020; 46: 837-840.
32. Mao L., Jin H., Wang M. et al.: Neurological manifestation of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. JAMA Neurology 2020; 77: 683-690.
33. Long B., Brady W.J., Koyfman A. et al.:mCardiovascular complications in COVID-19, American Journal of Emergency Medicine 2020; 38: 1504-1507.
34. Bouadma L., Lescure F.X., Lucet J.C. et al.: Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. Intensive Care Medicine 2020; 46: 579-582.
35. Flisiak R., Zarębska-Michaluk D., Berkan-Kawińska A. et al.: Remdesivir-based therapy improved the recovery of patients with COVID-19 in the multicenter, real-world SARSTer study. Polish Archives of Internal Medicine 2020; 131: 103-110.
36. Flisiak R., Parczewski M., Horban A. i wsp.: Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 2 as of October 13, 2020. Polish Archives of Internal Medicine 2020; 130: 915.

37. Baumgart K., Puślecki M., Dąbrowski M. i wsp.: Opieka nad pacjentem poddanym terapii ECMO (warunki COVID-19). Procedury Pielęgniarskie w obliczu pandemii. PZWL Warszawa 2020, 22-29.
38. Castillo M.E., Costa L.M.E., Barrios J.M.V. et al.: Effect of calcifediol treatment and best available therapy versusbest available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19, A pilot randomized clinical study. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology 2020; 203: 105-151.
39. Horby P., Lim W.S., Emberson J.R. et al.: Dexamethasone in Hospitalized Patients with COVID-19. The New England Journal of Medicine 2021; 384: 693-704.
40. Wujtewicz M.A., Dylczyk-Sommer A., Aszkiełowicz A. i wsp.: COVID-19 – what should anaethesiologists and intensivists know about it?. Anaesthesiol Intensive Therapy 2020; 52: 34-41.
41. Pawlik L., Tarasiuk A.: Charakterystyka wirusa SARS-CoV-2 i potencjalne farmakologiczne sposoby leczenia. Postępy Biochemii 2020; 66(2): 3-10.
42. Lewtak K., Jagielska A., Nitsch-Osuch A.: Epidemia COVID-19, https://www.oipip.zgora.pl/panel/wpcontent/uploads/2020/05/covid_19_9.03.2020.pdf [dostep:12.07.2021].
43. Wójkowska-Mach J.: Higiena rąk oraz stosowanie typów izolacji uwzględnieniem różnego stopnia hermetyczności w aspekcie ochrony personelu przed zagrożeniem biologicznym – potwierdzonego bądź spodziewanego zakażenia SARS-CoV-2 w przebiegu COVID-19. Procedury Pielęgniarskie w obliczu pandemii. PZWL, Warszawa 2020, 58-60.
44. Ren S.Y., Wang W.B., Hao Y.G.: Stability and infectivity of coronaviruses in inanimate environments. World Journal of Clinical Cases 2020; 8: 1391-1399.
45. Marzec A.: Maski ochronne – zastosowanie w sytuacji zagrożenia epidemicznego koronawirusem SARS-CoV-2. Procedury Pielęgniarskie w obliczu pandemii. PZWL, Warszawa 2020, 45-51.
46. Świątkowska B., Walusiak-Skorupa J., Juszczyk G. i wsp.: Ochrona zdrowia pracujących przed zakażeniem koronawirusem SARS CoV-2 wywołującym COVID-19 – Aktualny stan wiedzy i zalecenia. Medycyna Pracy 2021; 72(1): 69-87.
47. Okninska A., Jozwiak S.: Szczepienia u dzieci, https://neurologiadziecieca.wum.edu.pl/sites/neurologiadziecieca.wum.edu.pl/files/wyklad_9_szczepienia_2021.pdf [dostęp:12.07.2021].

48. Kołtan S.: Odporność populacyjna a COVID-19. Czy i kiedy? Webinarium Immunologia w dobie COVID-19, Warszawa 2020, 4-6.
49. Aydin S., Öz G., Dumanli G. et al.: A Case of Spontaneous Pneumothorax in COVID-19 Pneumonia. J Surg Res 2020; 3: 96-101.
50. Shi Y., Wang J., Yang Y. et al.: Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. Brain, Behavior & Immunity- Health 2020; 4: 100-64.
51. El-Monshed A.H., Amr M., Ali A.S., Elmasry Y.M., Zoromba M.: Nurses' knowledge, concerns, perceived impact and preparedness toward COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Practice 2021; 9(30): 13-17.
52. Gotlib J., Witkowska-Zimny M., Jaworski M., Pańczyk M.: Wiedza i postawy wobec pandemii wirusa SARS-CoV-2 i COVID-19 w grupie studentów pielęgniarstwa – przegląd piśmiennictwa. Konferencja Naukowa Wyzwania Naukowe i Zawodowe we Współczesnym Pielęgniarstwie, Kielce 2021, 79.
53. Tomasiewicz K., Piekarska A., Stempkowska-Rejek J. i wsp.: Tocilizumab for patients with severe COVID-19: a retrospective, multi-center study. Expert Review of Anti-infective Therapy 2021; 19: 93-100.
54. Al-Dossary R., Alamri M., Albaqawi H., Al Hosis K., Aljeldah M. et al.: Awareness, Attitudes, Prevention, and Perceptions of COVID-19 Outbreak among Nurses in Saudi Arabia. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 17(21): 8269.
55. Shawahna R.: Knowledge, attitude and method for developing COVID-19 protective measures among nurses: a method-based multicentre anti-cancer study. BMC Nurses 2021; 20: 163.
56. Gotlib J., Witkowska-Zimny M., Jaworski M., Pańczyk M.: Wiedza i postawy wobec pandemii wirusa SARS-CoV-2 i COVID-19 w grupie studentów pielęgniarstwa – przegląd piśmiennictwa. Konferencja Naukowa „Wyzwania Naukowe i Zawodowe we Współczesnym Pielęgniarstwie", Kielce 2021.
57. Suphi A., Aydin B.: COVID-19 Knowledge Level Research in Nurses. Journal of Surgical Research 2020; 3: 198-203.

POSTRZEGANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI PRZEZ WYBRANE GRUPY SPOŁECZNE

Katarzyna Wiśniewska[1,2], Joanna Girzelska[3], Małgorzata Poniewozik[4]

1. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
2. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
3. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
4. Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

WSTĘP

Współczesna pielęgniarka to osoba posiadająca nie tylko szeroką wiedzę naukową z różnych dziedzin m.in. z medycyny, psychologii, organizacji pracy i zarządzania, ale też posiadająca odpowiednie predyspozycje osobowościowe do sprawowania samodzielnej opieki nad pacjentem. Profesjonalizm pielęgniarki polega także na przestrzeganiu przez nią zasad etycznych i posiadania wysokiego poziomu moralnego, jak również wrażliwości etycznej.

Praca zawodowa może być źródłem satysfakcji oraz samorealizacji, ale również frustracji i niezadowolenia, które wynikają nie tylko z przeciążenia pracą, ale też poczucia doświadczania krzywdzącej i niesprawiedliwej oceny ze strony społeczeństwa, pacjentów i ich rodzin. Stąd też pojawia się pytanie o przyczyny takiej oceny. Być może jest to poczucie z gruntu fałszywe, nie związane z faktycznym postrzeganiem pielęgniarek przez społeczeństwo, a podjęte badania pozwolą na poznanie prawdy [1].

Zawody medyczne cechują się bardzo dużym zapotrzebowaniem. Pomimo wielkiego postępu techniki, nic nie zastąpi bezpośredniego kontaktu z cierpiącym pacjentem drugiego człowieka, który mimo wszystko potrafi wzbudzić zdolność empatii i współczucia [1].

Przełomowym okresem w rozwoju pielęgniarstwa było powstanie w Londynie 1860 roku pierwszej świeckiej szkoły pielęgniarstwa. Jej założycielką była Florence Nightingale (1820 -1910). Stworzyła ona model pielęgniarstwa jako nowy zawód wspierający działanie lekarzy. Dla niej najważniejsze były potrzeby społeczno-zdrowotne takie jak: odpowiednie odżywianie, higiena osobista, czyste powietrze czy unikanie hałasu. Dbała o wysoką jakość edukacji w kształceniu pielęgniarek. Zasady jej koncepcji zostały przyjęte w całej Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie [2].

Wizerunek pielęgniarki jest definiowany jako ogół podzielonych przez ludzi opinii, poglądów na temat tej grupy zawodowej [3]. Pełni bardzo ważną funkcję społeczną, jak również ma duży wpływ na relacje międzyludzkie, które są ważnym elementem w pielęgniarstwie [4]. Wizerunek jest zależny od percepcji obserwatorów, którzy oceniają wygląd, pracę, komunikację oraz wiele innych cech osoby ocenianej. Poza tym pielęgniarki oceniane są przez pryzmat prestiżu zawodowego. Wizerunek jest uwarunkowany stereotypami, które funkcjonują w społeczeństwie i są konsekwencją postrzegania pielęgniarstwa w przeszłości jako zawodu pomocniczego [5].

Pojęcie wizerunku ciekawie podsumowuje w swojej publikacji Gackowski, który utworzył wymiary złożonego zjawiska jakim jest wizerunek [6]:

1. Wymiar psychologiczny - to taki, który mówi o tym w jaki sposób powstaje wizerunek i jak funkcjonuje w umyśle odbiorcy. Wymienić tu należy procesy i mechanizmy percepcji i przetwarzania informacji, tj.:

— Postrzeganie - czy treść wpływająca na wizerunek zostanie zauważona;
— Identyfikacja - czy zauważona treść zostanie przypisana jako wpływająca na wizerunek konkretnego przedmiotu, a jeśli tak, to jak zostanie przetworzona;
— Ocena - czy zauważona treść zostanie ujęta jako wiarygodna na tyle, aby wpłynąć na umysłową reprezentację przedmiotu;
— Pamięć - czy dany wizerunek utrwali się, czy wręcz przeciwnie zostanie wyparty ze świadomości przez nowe treści.

2. Wymiar socjologiczny - ten aspekt wizerunku wskazuje na grupową przynależność osób, w umysłach których wykreowany został wizerunek jakiegoś podmiotu, typ tych grup i instytucji, rodzaje interakcji między tymi grupami, instytucjami i osobami.
3. Wymiar marketingowy - to wymiar myślenia o wizerunku jako środka zwiększającego dochody firmy.
4. Wymiar komunikacyjny - to część definicji wizerunku akcentujący kanały komunikacyjne, jakimi rozchodzi się informacja, która kształtuje obraz firmy w umysłach odbiorców.

Kluczowy wpływ na postrzeganie zawodu pielęgniarki ma zdecydowanie jakość opieki. Jest to szczególnie ważne w tym obszarze, gdzie od jakości zależy nie tylko zadowolenie pacjenta, ale przede wszystkim jego zdrowie i życie. Jej profesja nie jest łatwa. Przebywa obok chorych pacjentów częściej niż ich rodziny oraz lekarze, więc musi szczególnie znać trudne

sytuacje chorych, którzy są cierpiący i często samotni. Pielęgniarka często musi łączyć dobroć serca z profesjonalizmem.

Choć profesjonalizm nabywa się na studiach i podczas praktyki zawodowej, dobroć serca nie podlega tak prostej nauce. W budowaniu dobroci są 3 postawy człowieka.

Po pierwsze ważna jest roztropność, która każe zastanowić się nad swym postępowaniem, dobrze jest zaplanować, aby unikać pośpiechu, nerwowości i bałaganu. Taka roztropność przynosi spokój i poczucie bezpieczeństwa choremu. Wie on, że pielęgniarce można zaufać w aspekcie jej wiedzy i doświadczenia.

Bardzo ważna jest również wrażliwość, która pozwala wiele zaobserwować. Chorego trzeba zrozumieć, poznać jego kondycję, nastrój itd. Chodzi o próbę zaznajomienia się z sytuacją chorego. O tę cechę nie jest łatwo, ponieważ pacjenci są różni, a pielęgniarka często nie ma wystarczająco siły ani czasu, by zainteresować się każdym z osobna. Wrażliwość chroni nas przed obojętnością i rutyną.

Po trzecie, pomocna jest solidarność pielęgniarek. Jesteśmy istotami społecznymi i zarażamy się nawzajem swoimi postawami. Kiedy obserwujemy w innych pogodę ducha, życzliwość to łatwiej nam o optymizm [7].

CEL PRACY

Celem niniejszych badań jest poznanie opinii społeczeństwa na temat zawodu pielęgniarki.

Aby osiągnąć cel badań sformułowano problemy badawcze: problem główny i problemy szczegółowe.

Problem główny sformułowano następująco: Jaką opinię prezentuje społeczeństwo na temat zawodu pielęgniarki?

Aby uzyskać odpowiedź na pytanie zawarte w problemie głównym sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Jak kształtuje się wizerunek zawodu pielęgniarki w opinii badanych?
2. Czy istnieje związek pomiędzy byciem pacjentem a opinią na temat zawodu pielęgniarki?
3. Jakiego rodzaju czynniki wpływają na wzrost zaufania publicznego wobec zawodu pielęgniarki?
4. Jakiego rodzaju cechy osobowości pielęgniarek i pielęgniarzy wpływają na budowanie prestiżu zawodowego w opinii respondentów?

5. Jakiego rodzaju czynniki zawodowe wywierają wpływ na wizerunek pielęgniarki/pielęgniarza w opinii badanych?
6. Jaki istnieje związek pomiędzy wiedzą w badanych grupach na temat kompetencji pielęgniarek/pielęgniarza postrzeganiem zawodu?

MATERIAŁ I METODYKA

Metodą badawczą wykorzystaną w procesie badawczym jest sondaż diagnostyczny. W obrębie sondażu diagnostycznego wykorzystano ankietę jako technikę badawczą.

Narzędziem badawczym niniejszej prac jest autorski kwestionariusz ankiety składający się z 19 pytań zamkniętych. Pierwsza część odnosiła się do danych socjo-demograficznych, kolejno zadawane pytania dotyczyły opinii respondentów na temat postrzegania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.

Badania zostały przeprowadzone w dwóch etapach, w pierwszym etapie zapoznano się z literaturą przedmiotu, określono metody badawcze i przeprowadzono badania pilotażowe wśród 20 respondentów (w listopadzie 2021r.). Wyniki badań pilotażowych wykorzystano do udoskonalenia autorskiego kwestionariusza ankiety i nie zostały wykorzystane do badań właściwych. Drugi etap badań obejmował realizację badań własnych, które przeprowadzono od stycznia do początku marca 2022 r. Badaniami objęto 100 osób. Wśród badanych byli lekarze, pacjenci i studenci. Badania miały charakter w pełni anonimowy, a badane osoby zostały zapewnione, że ich wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów badawczych.

Obszarem badań były oddziały: I i II wewnętrzny oraz kardiologiczny, ginekologiczny i chirurgiczny w Szpitalu Powiatowym w Świdniku oraz na uczelni WSEI w Lublinie wśród studentów różnych kierunków nie medycznych. Badania przeprowadzono po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrekcji Szpitala i Dyrekcji uczelni. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Respondentom rozdano łącznie 100 ankiet, które powróciły prawidłowo wypełnione. Zwrotność badania wynosiła 100%, badania były prowadzone przez badacza osobiście.

Badany materiał badawczy poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics wersja 25, zależność pomiędzy dwoma zmiennymi sprawdzono testem chi - kwadrat. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $P<0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 49 (54,4%) kobiet oraz 41 (45,6%) mężczyzn. W grupie pacjentów nieco więcej było kobiet (63,3%). Z kolei wśród studentów i lekarzy wyniki rozkładały się po 50%. Wyniki przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 2. Płeć z uwzględnieniem badanych grup

Płeć	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobieta	19	63,3	15	50,0	15	50,0	49	54,4
Mężczyzna	11	36,7	15	50,0	15	50,0	41	45,6
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0

W badaniu wzięło udział 33 (36,7%) osób w wieku 20-30 lat, 15 (16,7%) w wieku od 31 do 40 lat, 8 (8,9%) badanych miało od 41 do 50 lat. Ponadto 16 (17,8%) osób miało 51-60 lat a 18 (20%) powyżej 60 lat. W grupie pacjentów dominowały osoby wieku powyżej 60 lat 14 (46,7%). Wśród studentów wszyscy mieli od 20 do 30 lat. W grupie lekarzy najwięcej badanych miało od 31 do 40 lat (36,7%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 3. Wiek z uwzględnieniem badanych grup

Wiek	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20-30 lat	2	6,7	30	100,0	1	3,3	33	36,7
31-40 lat	4	13,3	0	0,0	11	36,7	15	16,7
41-50 lat	3	10,0	0	0,0	5	16,7	8	8,9
51-60 lat	7	23,3	0	0,0	9	30,0	16	17,8
Powyżej 60 lat	14	46,7	0	0,0	4	13,3	18	20,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0

W badaniu wzięło udział 60 (66,7%) mieszkańców miasto oraz 30 (33,3%) mieszkańców wsi. W grupie pacjentów nieco więcej było mieszkańców wsi (53,3%). Z kolei wśród studentów i lekarzy dominowali mieszkańcy miast (kolejno 70% oraz 83,3%).

Wykształcenie podstawowe miało 3 (3,3%) ankietowanych. Wykształcenie średnie wskazało 41 (45,6%) osób. Wykształcenie zawodowe miało 12 (13,3%) badanych. Ponadto w badaniu grupie było 34 (37,8%) osób z wykształceniem wyższym. W grupie pacjentów dominowały osoby z wykształceniem zawodowym (40%). Wśród studentów wszyscy mieli wykształcenie średnie. W grupie lekarzy wszyscy mieli wykształcenie wyższe.

Wśród badanych było 45 (50%) osób w związku małżeńskim. 21 (23,3%) było stanu wolnego. Ponadto 8 (8,9%) było po rozwodzie, a 16 (17,8%) było w związku nieformalnym. Wśród pacjentów i lekarzy dominowali badani w związku małżeńskim (70%). W grupie studentów najwięcej osób było stanu wolnego (panna/kawaler).

Około jedna trzecia badanych pozostawała pacjentem szpitala 31 (34,4%). Poza grupą pacjentów, wśród studentów 1 osoba była hospitalizowana.

W badanej grupie było 30 (33,3%) pracowników, 17 (18,9%) emerytów/ rencistów, 9 (10%) rolników, 4 (4,4%) przedsiębiorców oraz 30 (33,3%) studentów. Wyniki przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 3. Sytuacja zawodowa z uwzględnieniem badanych grup

Sytuacja zawodowa	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pracujący	0	0,0	0	0,0	30	100,0	30	33,3
Emeryt/ rencista	17	56,7	0	0,0	0	0,0	17	18,9
Rolnik	9	30,0	0	0,0	0	0,0	9	10,0
Przedsiębiorca	4	13,3	0	0,0	0	0,0	4	4,4
Bezrobotny	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0
Student	0	0,0	30	100,0	0	0,0	30	33,3
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0

Analiza jakościowo – ilościowa badanej grupy

Wiedza badanych na temat kompetencji pielęgniarek

Wyniki badań wykazały, że wiedza respondentów na temat zawodu pielęgniarki/pielęgniarza jest zróżnicowana. Większość badanych była zdania, że pielęgniarka/pielęgniarz może uzyskać tytuł zawodowy magistra 44 (48,9%). Na wszystkie wymienione tytuły wskazało 31 (34,4%) ankietowanych, 25 (27,8%) osób wskazało na tytuł

doktora, a 3 (3,3%) twierdziło, że pielęgniarka może uzyskać habilitację. Na profesora wskazała jedna osoba. Odpowiedź magister najczęściej wskazywali pacjenci (73,3%) oraz studenci (73,3%). Wśród lekarzy najczęściej wskazywano odpowiedź „wszystkie wymienione" (53,3%). Grupy różniły się istotnie statystycznie (**p<0,001).** Wyniki przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 4. Opinia na temat tego, jaki tytuł zawodowy może osiągnąć pielęgniarka/pielęgniarz w Polsce

Jaki tytuł może osiągnąć pielęgniarka/ pielęgniarz w Polsce?	**Pacjenci**		**Studenci**		**Lekarze**		**Ogółem**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Magister	22	73,3	22	73,3	0	0,0	44	48,9
Doktor	1	3,3	11	36,7	13	43,3	25	27,8
Habilitacja	3	10,0	0	0,0	0	0,0	3	3,3
Profesor	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	1,1
Wszystkie wymienione	7	23,3	8	26,7	16	53,3	31	34,4
Żadne	1	3,3	0	0,0	0	0,0	1	1,1
Ogółem	34	-	41	-	30	-	105	-
Chi-kwadrat=48,245; p<0,001								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Wśród zadań realizowanych przez pielęgniarki/pielęgniarzy badani najczęściej wymieniali podaż leków 60 (66,7%) oraz iniekcje 44 (48,9%). Na pobieranie krwi na zlecenie lekarza wskazało 37 (41,1%) badanych. Prawie tyle samo osób wśród zadań personelu wymieniało edukację pacjentów i wsparcie psychiczne. Ponadto 32 (35,6%) osób wskazało na pomiary parametrów życiowych, 31 (34,4%) na opiekę obejmującą toaletę ciała a 29 (32,2%) wskazało asystowanie lekarzom. Wyniki były zbliżone w badanych grupach. Wyniki przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Wiedza na temat obowiązków pielęgniarek/ pielęgniarzy

Wiedza na temat obowiązków pielęgniarek/ pielęgniarzy	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Iniekcje	13	43,3	16	53,3	15	50,0	44	48,9
Podaż leków	23	76,7	18	60,0	19	63,3	60	66,7
Opieka obejmująca toaletę ciała	14	46,7	8	26,7	9	30,0	31	34,4
Asystowanie lekarzom	5	16,7	12	40,0	12	40,0	29	32,2
Pomiary parametrów życiowych	12	40,0	10	33,3	10	33,3	32	35,6
Pobieranie krwi na zlecenie lekarza	10	33,3	17	56,7	10	33,3	37	41,1
Edukacja pacjentów i wsparcie psychiczne	12	40,0	9	30,0	15	50,0	36	40,0
Ogółem	89	-	90	-	90	-	269	-
Chi-kwadrat=10,802; p=0,546								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Najwięcej badanych wskazało, że zawód pielęgniarki/ pielęgniarza kojarzy im się z trudną pracą wymagającą wiedzy merytorycznej oraz sprawności fizycznej 74 (82,2%) oraz niesieniem pomocy innym ludziom 69 (76,7%). Około połowa badanych wskazała na pracowitość 48 (53,3%). Ponadto 29 (32,2%) osób wymieniło profesjonalizm, 27 (30%) życzliwość a 3 (3,3%) czystą pracę. Dla 9 (10%) zawód pielęgniarki/ pielęgniarza był brudną pracą. Wyniki przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Opinia na temat zawodu pielęgniarki/pielęgniarza

Zawód pielęgniarki/ pielęgniarzy wiąże się z:	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niesieniem pomocy innym ludziom	27	90,0	20	66,7	22	73,3	69	76,7
Trudną pracą wymagającą wiedzy merytorycznej oraz sprawności fizycznej	27	90,0	21	70,0	26	86,7	74	82,2
Czystą pracą	2	6,7	0	0,0	1	3,3	3	3,3
Pracowitością	10	33,3	20	66,7	18	60,0	48	53,3
Życzliwością	8	26,7	8	26,7	11	36,7	27	30,0
Profesjonalizmem	6	20,0	14	46,7	9	30,0	29	32,2
Brudną pracą	1	3,3	6	20,0	2	6,7	9	10,0
Ogółem	81	-	89	-	89	-	259	-
Chi-kwadrat=15,856; p=0,198								

Procent nie sumuje się do 100. pytanie wielokrotnego wyboru.

Wśród badanych z niską wiedza na temat kompetencji personelu pielęgniarskiego jedna osoba uważała, że zawód pielęgniarki jest zawodem interesującym. Wśród ankietowanych z wiedzą przeciętną odsetek ten wyniósł 18 osób (50%). Wśród badanych z wysoką wiedzą na temat kompetencji personelu pielęgniarskiego 40 osób (85,1%) badanych było zdania, że zawód pielęgniarki jest zawodem interesującym. Wykazano wpływ wiedzy na postrzeganie zawodu pielęgniarki, pielęgniarza jako interesującego ($p<0,001$). Wyniki przedstawiono w Tabeli 7.

Tabela 7. Wiedza na temat kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy a opinia na temat tego, czy pielęgniarstwo jest interesującym zawodem

Wiedza na temat kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy	**Pielęgniarstwo jest interesującym zawodem**			
	Tak	**Nie**	**Nie wiem**	**Ogółem**
Niski poziom wiedzy	1	1	5	7
	14,3%	14,3%	71,4%	100,0%
Przeciętny poziom wiedzy	18	5	13	36
	50,0%	13,9%	36,1%	100,0%
Wysoki poziom wiedzy	40	2	5	47
	85,1%	4,3%	10,6%	100,0%
Ogółem	59	8	23	90
	65,6%	8,9%	25,6%	100,0%
Chi-kwadrat=20,679; p<0,001				

Prestiż zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w opinii badanych

Najwięcej badanych było zdania, że pozycja zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych jest wysoka, 63 osób (70%). W opinii 14 (15,6%) osób pozycja pielęgniarki jest bardzo wysoka. Pozostałe 13 (14,4%) było zdania, że pozycja ta jest średnia. Wyniki rozkładały się tak samo w badanych grupach. Większość była zdania pozycja zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych jest wysoka, 63 osób (70%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 8.

Najwięcej badanych było zdania, że pielęgniarstwo jest interesującym zawodem 59 (65,6%). W opinii 8 (8,9%) osób zawód pielęgniarki nie jest intersujący. Pozostałe 23 (25,6%) ankietowanych nie potrafiło tego jednoznacznie ocenić. Wśród pacjentów opinię o tym, że zawód pielęgniarki jest interesujący miało 19 (63,3%) badanych. Wśród studentów zdanie takie miało 18 (60%) osób. W grupie lekarzy odsetek ten wyniósł 73,3%. Wyniki przedstawiono w Tabeli 9.

Tabela 8. Opinia na temat pozycji zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych

Pozycja zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo wysoka	7	23,3	4	13,3	3	10,0	14	15,6
Wysoka	21	70,0	21	70,0	21	70,0	63	70,0
Średnia	2	6,7	5	16,7	6	20,0	13	14,4
Niska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bardzo niska	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0
Chi-kwadrat=3,857; p=0,426								

Tabela 9. Opinia na temat tego, czy pielęgniarstwo jest interesującym zawodem

Pielęgniarstwo jest interesującym zawodem	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	19	63,3	18	60,0	22	73,3	59	65,6
Nie	4	13,3	1	3,3	3	10,0	8	8,9
Nie wiem	7	23,3	11	36,7	5	16,7	23	25,6
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0
Chi-kwadrat=4,161; p=0,385								

Ponad połowa badanych była zdania, że prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat 50 (55,6%). Według 26 (28,9%) utrzymuje się on na stałym poziomie. Zdaniem 6 (6,7%) badanych prestiż zawodu zmalał. Z kolei 8 (8,9%) osób nie miało zdania na ten temat. W grupie pacjentów dominowały osoby, które uważały, że prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł (70%). Wśród studentów połowa osób była takiego zdania. W grupie lekarzy nieco ponad badanych uważała, że prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat (55,6%). Grupy różniły się istotnie statystycznie (**p=0,007).** Wyniki przedstawiono w Tabeli 10.

Tabela 10. Opinia na temat tego, czy prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat

Prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat	**Pacjenci**		**Studenci**		**Lekarze**		**Ogółem**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Utrzymuje się na takim samym poziomie	2	6,7	13	43,3	11	36,7	26	28,9
Wzrósł	21	70,0	15	50,0	14	46,7	50	55,6
Zmalał	1	3,3	2	6,7	3	10,0	6	6,7
Nie mam zdania	6	20,0	0	0,0	2	6,7	8	8,9
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0
Chi-kwadrat=17,643; p=0,007								

Wśród pacjentów 22 (71%) osób uważało, że prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat. Wśród ankietowanych, którzy nie byli pacjentami odsetek ten wyniósł 47,5%, 28 osób. Wykazano wpływ bycia pacjentem na postrzeganie prestiżu zawodu pielęgniarki, pielęgniarza (p=0,001). Wyniki przedstawiono w Tabeli 11.

Tabela 11. Bycie pacjentem a opinia na temat tego, czy prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat

Bycie pacjentem	**Prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ciągu ostatnich 10 lat**				
	Utrzymuje się na takim samym poziomie	**Wzrósł**	**Zmalał**	**Nie mam zdania**	**Ogółem**
Tak	2	22	1	6	31
	6,5%	71,0%	3,2%	19,4%	100,0%
Nie	24	28	5	2	59
	40,7%	47,5%	8,5%	3,4%	100,0%
Ogółem	26	50	6	8	90
	28,9%	55,6%	6,7%	8,9%	100,0%
Chi-kwadrat=16,930; p=0,001					

Czynniki determinujące zaufanie społeczne i wizerunek zawodu pielęgniarki w opinii badanych

Najwięcej badanych uważało, że czynniki mające wpływ na wzrost zaufania społecznego to profil osobowościowy (zachowanie, okazywanie emocji, otwartość, empatia, kultura osobista, komunikatywność) 68 (75,6%) oraz kompetencje 63 (70%). W opinii 44 (48,9%) osób ważny jest styl komunikowania (intonacja głosu, sposób mówienia). Na staż pracy i doświadczenie zawodowe wskazało 41 (45,6%) badanych. Komunikację niewerbalną (mowa ciała, mimika) wymieniło 20 (22,2%) ankietowanych. Ponadto 19 (21,1%) badanych uważało, że warunki fizyczne (wiek, wygląd, sposób ubierania) mają wpływ na wpływ na wzrost zaufania społecznego. Wyniki przedstawiono w Tabeli 12.

Tabela 12. Opinia na temat czynników mających wpływ na wzrost zaufania społecznego

Czynniki mające wpływ na wzrost zaufania społecznego	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Styl komunikowania	15	50,0	10	33,3	19	63,3	44	48,9
Komunikacja niewerbalna	4	13,3	7	23,3	9	30,0	20	22,2
Fizyczne	3	10,0	10	33,3	6	20,0	19	21,1
Profil osobowościowy	24	80,0	22	73,3	22	73,3	68	75,6
Kompetencje	24	80,0	19	63,3	20	66,7	63	70,0
Staż pracy i doświadczenie zawodowe	7	23,3	22	73,3	12	40,0	41	45,6
Ogółem	77	-	90	-	88	-	255	-
Chi-kwadrat=16,785; p=0,079								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Zdaniem badanych kompetencje zawodowe w największym stopniu mają wpływ na wizerunek pielęgniarki/ pielęgniarza (46,7%). Na staż pracy wskazało 25 (27,8%) osób. W opinii 16 (17,8%) osób znaczenie ma podnoszenie kwalifikacji. Pozostałe 7 (7,8%) badanych wskazało na poziom wykształcenia. W grupie pacjentów dominowały osoby, które uważały, że prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł (70%). W grupie pacjentów najwięcej osób wskazało na kompetencje zawodowe. W grupie studentów dominowała odpowiedź staż pracy (40%). W grupie lekarzy nieco ponad badanych wskazała na kompetencje zawodowe (56,7%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 13.

Tabela 13. Opinia na temat czynników mających wpływ na wizerunek pielęgniarki/ pielęgniarza

Czynniki mające wpływ na wizerunek pielęgniarki/ pielęgniarza	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kompetencje zawodowe	15	50,0	10	33,3	17	56,7	42	46,7
Podnoszenie kwalifikacji	5	16,7	6	20,0	5	16,7	16	17,8
Poziom wykształcenia	2	6,7	2	6,7	3	10,0	7	7,8
Staż pracy	8	26,7	12	40,0	5	16,7	25	27,8
Ogółem	30	100,0	30	100,0	30	100,0	90	100,0
Chi-kwadrat=5,228; p=0,515								

W opinii badanych największy wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza. ma samodzielne udzielanie czynności w przypadku zagrożenia życia (84,4%). Na ordynowanie określonych ustawowo wyrobów leczniczych i produktów wskazało 68 (75,6%) badanych. Około jedna trzecia osób podała, że znaczenie ma samodzielne udzielanie określonych ustawowo świadczeń zdrowotnych (36,7%). Ponadto 9 (10%) badanych wskazało na samodzielne prowadzenie grupowej i indywidualnej praktyki zawodowej. W każdej badanej grupie najwięcej osób wskazało na samodzielne udzielanie czynności w przypadku zagrożenia życia. Wyniki przedstawiono w Tabeli 14.

Tabela 14. Opinia na temat tego, które z kompetencji mają wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza

Kompetencje, które mają wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarze	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ordynowanie określonych ustawowo wyrobów leczniczych i produktów	21	70,0	23	76,7	24	80,0	68	75,6
Samodzielne udzielanie czynności w przypadku zagrożenia życia	25	83,3	26	86,7	25	83,3	76	84,4
Samodzielne prowadzenie grupowej i indywidualnej praktyki zawodowej	2	6,7	5	16,7	2	6,7	9	10,0
Samodzielne udzielanie określonych ustawowo świadczeń zdrowotnych	13	43,3	8	26,7	12	40,0	33	36,7
Ogółem	61	-	62	-	63	-	186	-
Chi-kwadrat=3,478; p=0,747								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Najwięcej badanych, w każdej analizowanej grupie uważało, że poprawa płacy, norm i warunków zatrudnienia w oddziałach szpitalnych mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w przyszłości (95,6%). Na zmianę oczekiwań społeczeństwa wobec świadczeń pielęgniarskich wskazało 49 (54,4%) osób. Połowa badanych (45 osób) była zdania, że **w**pływ na prestiż zawodu może mieć zwiększenie profesjonalizmu poprzez dokształcanie. Wyniki przedstawiono w Tabeli 15.

Tabela 15. Opinia na temat które z czynników, mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w przyszłości

Czynniki, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w przyszłości	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Zmiana oczekiwań społeczeństwa wobec świadczeń pielęgniarskich	18	60,0	19	63,3	12	40,0	49	54,4
Poprawa norm i warunków zatrudnienia w oddziałach szpitalnych	29	96,7	27	90,0	30	100,0	86	95,6
Zwiększenie profesjonalizmu poprzez dokształcanie	13	43,3	14	46,7	18	60,0	45	50,0
Ogółem	60	-	60	-	60	180	180	-
Chi-kwadrat=4,072; p=0,396								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Najwięcej badanych, wskazało na cierpliwość jako cechę pielęgniarek, która ma największy wpływ na budowanie zaufania w relacji z pacjentem (73,3%). Na empatię wskazało 59 (65,6%) badanych. Nieco ponad połowa ankietowanych wskazała na uczciwość (55,6%), sumienność i dokładność (52,2%) oraz umiejętność słuchania (51,1%). W grupie pacjentów najczęściej wymieniano cierpliwość (83,3%). W grupie studentów najwięcej osób wskazało empatię (73,3%). W grupie lekarzy także najczęściej wskazywano na empatię (70%). Wyniki przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16. Cechy pielęgniarek/ pielęgniarzy, które mają wpływ na budowanie zaufania w relacji z pacjentem

Czynniki, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w przyszłości	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sumienność i dokładność	20	66,7	14	46,7	13	43,3	47	52,2
Uczciwość	16	53,3	19	63,3	15	50,0	50	55,6
Empatia	16	53,3	22	73,3	21	70,0	59	65,6
Cierpliwość	25	83,3	21	70,0	20	66,7	66	73,3
Umiejętność słuchania	13	43,3	14	46,7	19	63,3	46	51,1
Ogółem	90	-	90	-	88	-	268	-
Chi-kwadrat=5,355; p=0,719								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

W opinii 63 (70%) badanych rząd to podmiot, który ma największy wpływ na budowanie zaufania społecznego i prestiżu zawodu. Media wskazało 54 (60%) osób. W opinii 33 (36,7%) rolę w budowaniu zaufania społecznego i prestiżu zawodu mają związki zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy. 23 (25,6%) osób wskazało na pacjentów. Inne zawody medyczne wymieniło 6 (6,7%) ankietowanych. W każdej grupie najczęściej wymieniano rząd. Wyniki przedstawiono w Tabeli 17.

Tabela 17. Opinia na temat podmiotów, które mają wpływ na budowanie zaufania społecznego i prestiżu zawodu

Podmioty, które mają wpływ na budowanie zaufania społecznego i prestiżu zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza	Pacjenci		Studenci		Lekarze		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inne zawody medyczne	3	10,0	3	10,0	0	0,0	6	6,7
Media	16	53,3	18	60,0	20	66,7	54	60,0
Pacjenci	13	43,3	6	20,0	4	13,3	23	25,6
Rząd	17	56,7	25	83,3	21	70,0	63	70,0
Związki zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy	11	36,7	7	23,3	15	50,0	33	36,7
Ogółem	60	-	59	-	88	-	179	-
Chi-kwadrat=13,668; p=0,090								

Procent nie sumuje się do 100. Pytanie wielokrotnego wyboru.

DYSKUSJA

Pielęgniarstwo jest profesją o wyjątkowym charakterze, a także misją związaną z opieką nad pacjentem. W praktyce stanowi bardzo stresującą, odpowiedzialną i ciężką pracę. Zawód pielęgniarki podlega stałej ocenie społeczeństwa. W okresie powstania pielęgniarstwa rola pielęgniarki była ograniczona do zapewnienia opiekuńczej formy pomagania chorym. Obecnie pielęgniarstwo to bardzo znacząca dyscyplina, a personel pielęgniarski stanowi wtórne ogniwo zapewniania kompleksowej opieki nad chorym [8].

Przeprowadzenie badań własnych pozwoliło ocenić jak zawód pielęgniarki jest postrzegany przez wybrane grupy społeczne. Badania własne ukazują, iż pacjenci hospitalizowani mieli bardziej pozytywną opinię na temat postrzegania zawodu pielęgniarek. W badaniu Glińskiej tylko 20% respondentów (pacjentów) oceniła, że postrzega dobrze zawód pielęgniarki [9]. Z badań własnych wynika, iż nieco więcej niż połowa badanych była zdania, że pielęgniarstwo jest interesującym zawodem a prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł w ostatnich 10 lat.

W grupie pacjentów odnotowano najwyższy odsetek osób, które twierdziły, iż prestiż zawodu pielęgniarki wzrósł. Według Skorupskiej i Machowicz spośród innych 10 zaproponowanych profesji pielęgniarki zajęły najwyższą pozycję. Około 85% ankietowanych to właśnie pielęgniarce powierzyłoby opiekę nad bliską osobą [10]. Z badań własnych wynika, że najwięcej badanych uważało, iż czynnikami które mają wpływ na wzrost zaufania społecznego to profil osobowościowy (zachowanie okazywanie emocji otwartość empatia kultura osobista komunikatywność), z kolei według Kapały również cechy takie jak empatia, komunikatywność mają duży wpływ na wzrost zaufania społecznego [11]. Badania własne pokazały, że najwięcej respondentów wskazało na cierpliwość jako cechę pielęgniarek, która ma największy wpływ na budowanie zaufania w relacji z pacjentem. Potwierdziły to badania Wyrzykowskiej, bo aż 78% pacjentów spotkało się z wyrozumiałością, uprzejmością i cierpliwością ze strony pielęgniarek [12]. W badaniach własnych ukazano związek pomiędzy wiedzą na temat kompetencji personelu pielęgniarskiego a postrzeganiem zawodu pielęgniarki, Osoby posiadające wiedzę miały bardziej pozytywną opinię. Według Grabskiej i Stefańskiej model współczesnej pielęgniarki przede wszystkim zależy głównie od posiadanej przez nią wiedzy, ale także od kondycji systemu ochrony zdrowia [13]. Z badań własnych wynika, że prawie wszyscy badani uważają, że poprawa płacy i warunków zatrudnienia w oddziałach szpitalnych mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarskiego w przyszłości (prawie 100%). Połowa ankietowanych uważa, że na prestiż zawodu ma wpływ zwiększenie profesjonalizmu przez dokształcanie. Około 70% ankietowanych zaznaczyła tak samo iż poprawa płacy, norm i warunków pracy w badaniach przeprowadzonych przez Koralewicz [14].

WNIOSKI

1. Większość badanych jest zdania, że pielęgniarstwo jest interesującym zawodem, jego prestiż wzrósł w ciągu ostatnich lat i jest wysoki.
2. Z badań wynika, iż bycie pacjentem znacznie wpływa na postrzeganie prestiżu zawodu pielęgniarki. Osoby hospitalizowane miały bardziej pozytywną opinię w tym zakresie.
3. Na wzrost zaufania społecznego ma wpływ głównie profil osobowościowy (zachowanie, okazywanie emocji, otwartość, komunikatywność) oraz kompetencje (wiedza i kwalifikacja). Dla połowy osób ważny był styl komunikowania (intonacja głosu, sposób mówienia) na staż pracy i doświadczenie zawodowe wskazała niecała połowa badanych. Pielęgniarki mające wiedzę odnośnie kompetencji miały bardziej pozytywną opinię.

4. Cechy osobowości kształtujące prestiż zawodu w opinii ponad połowy badanych to cierpliwość i empatia, przy czym pacjenci najczęściej wymieniali cierpliwość, zaś studenci i lekarze najczęściej wskazywali empatię.
5. Najwięcej badanych w każdej analizowanej grupie uważało że poprawa płacy, norm i warunków zatrudnienia w oddziałach szpitalnych mają wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza.
6. Wykazano wpływ wiedzy na temat kompetencji personelu pielęgniarskiego na postrzeganie zawodu pielęgniarki w badanych grupach.

Wnioski postulatywne

Analiza empiryczna zarówno własna, jak i innych autorów ukazała, iż poprawa norm, płac, jak również warunków zatrudnienia szpitala mogą mieć wpływ na zwiększenie prestiżu zawodu pielęgniarki/pielęgniarza w przyszłości. Można więc stwierdzić, iż respondenci wiedzą jak wygląda praca w tym zawodzie, mają świadomość warunków pracy w szpitalach i tego, iż personelu pielęgniarskiego brakuje w Polsce. Poprawa płac przyczyniłaby się do zwiększenia liczby personelu pielęgniarskiego w szpitalach w Polsce. Profesja jest odbierana jako atrakcyjna, gdy poza poczuciem satysfakcji, spełnienia gwarantuje odpowiednie wynagrodzenie. Praca pielęgniarki jest bardzo ciężka i bardzo różni się od warunków pracy, jak również płacy w innych krajach Europy, a to obniża prestiż zawodu. Działania zmierzające do podwyższenia profesji zawodu pielęgniarki powinny dotyczyć głównie wynagrodzeń, gdyż to może zachęcić młodych do podjęcia kształcenia i pracy w polskim szpitalu.

PIŚMIENNICTWO

1. Slosarz T.: Kształcenie Zawodowe Pielęgniarek w ujęciu historycznym Polski. Przegląd Nauk o Zdrowiu 2014; 4(41): 298-304.
2. Maksymowicz A.: Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997: 10-13.
3. Nyklewicz W.: Wizerunek zawodowy pielęgniarek. Udawanie czy profesjonalizm. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2010; 4: 10-11.
4. Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania [w] Podstawy pielęgniarstwa. Tom I: Założenia teoretyczne, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.). Czelej, Lublin 2004: 24-36.

5. Dobrowolska B., Ślusarska B., Zarzycka D.: Tożsamość zawodowa w rozwoju pielęgniarstwa – badanie pilotażowe. Family Medicine & Primary Care Review 2010; 12(1): 19–23.
6. Gackowski T.: Metody badania wizerunku w mediach. CeDeWu, Warszawa 2008.
7. Gozdek N.: Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie. Wyd. Publisher Werset, Lublin 2009: 356-358.
8. Wołowski T., Piątek W., Nowalińska M.: Ocena jakości opieki pielęgniarek uzdrowiskowych przez kuracjuszy. Annales Academiae Medicae Gedanensis 2010; 40: 109-116.
9. Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza Poziomu Jakości Opieki Pielęgniarskiej w Opinii Pielęgniarek i Pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2012; (4): 151-160.
10. Skorupska A., Machowicz A.: Wybrane Aspekty Pracowników Ochrony Zdrowia Wobec Pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2012: 20 (2): 192-200.
11. Kapała W., Skrobisz J.: Oczekiwania Pacjentów Hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii Trybem Planowym Względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalnych. Nowiny Lekarskie 2006; 75(4): 351-358.
12. Wyrzykowska M.: Ocena Opieki Pielęgniarskiej w Opinii Pacjentów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; I: 3-10.
13. Grabska K., Stefańska W.: Sylwetka Zawodowa Pielęgniarki w Opinii Pacjentów. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 17 (1): 8-12.
14. Kubisa J.: Bunt białych czepków: Analiza działalności związkowej. Pielęgniarka i Położna. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2016.

CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE STOSUNEK STUDENTÓW KIERUNKÓW TECHNICZNYCH WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Joanna Girzelska[1], Katarzyna Wiśniewska[2,3], Maria Łakoma[4]

1. Wydział Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
2. Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Radomskiej Szkoły Wyższej
3. Absolwentka Wydziału Pedagogiki i Psychologii Akademia Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi
4. Absolwentka Wydziału Nauk o Człowieku Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

WSTĘP

Choroba psychiczna wzbudza w społeczeństwie szereg pytań, niedomówień i obaw. Z uwagi na to, że społeczeństwo nie ma styczności z psychiatrią pojawiają się uprzedzenia, a nawet wrogość wobec osób chorujących psychicznie, bądź dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Stosunek wobec tych osób wynika zarówno z ignorancji, jak i z atawistycznej obawy przed nieznanym [1].

Choroba psychiczna zdefiniowana jest jako zaburzenie w sferze myślenia, działania, świadomości, intelektu, uczuć oraz innych funkcji psychicznych, które prowadzą do niewłaściwego funkcjonowania w społeczeństwie, przy czym występują objawy takie jak urojenia, zaburzenia świadomości, halucynacje, autyzm, zaburzenia nastroju [2].

Obraz choroby psychicznej w świadomości społeczeństwa był zawsze zróżnicowany. Wpływ na to mają systemy światopoglądowe, wiedza potoczna, naukowa, przekonania i wyobrażenia. Obraz ten jest kształtowany przez instytucje społeczne, w skład których wchodzi rodzina, szkoła, zakłady opieki zdrowotnej zajmujące się osobami chorymi psychicznie [3].

Środowisko kulturowe, w którym przebywa jednostka kształtuje jej postawę, na którą oddziałują instytucje pierwotne, np. rodzina oraz jest wtórnie kształtowane przez społeczeństwo, w którym jednostka przebywa. Rodzina jako instytucja pierwotna wskazuje na wzorce socjalizacji, metody wychowywania potomstwa, natomiast społeczeństwo jako instytucja wtórna składa się z elementów takich jak wierzenia, rytuały, systemy wartości i normy, obyczaje, wzorce zachowania się, myślenia, cechy struktury społecznej, systemy prawne, polityczne i ekonomiczne [4].

Przerażenie, obojętność, bezradność dominują w kontakcie z osobą chorą psychicznie, gdzie stereotypy torują drogę do napiętnowania, wykluczenia i nierówności tych ludzi. Warunki, w jakich udzielana jest im pomoc często bywają poniżające, niegodne, często niedostatecznej jakości. Poziom finansowania psychiatrii jest bardzo niski, obserwuje się małą ilość personelu, ograniczoną dostępność do leczenia przy wzrastającej tendencji w kwestii ilości pacjentów. W Polsce prawo stanowi Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, którego działania mają na celu zapewnienie wielostronnej i kompleksowej opieki, kształtowanie właściwych postaw społecznych i przeciwdziałanie dyskryminacji chorych psychicznie oraz dostęp do psychiatrii środowiskowej. W 2018 roku powstał projekt programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Celem jego jest przetestowanie modelu psychiatrycznej opieki środowiskowej. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) w 2006 roku sformułowała Konwencję o Prawach Osób Niepełnosprawnych, której celem jest równe i pełne korzystanie z praw człowieka, poszanowania godności osób niepełnosprawnych na równi ze wszystkimi obywatelami.

Sposoby ujmowania zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne - według Światowej Organizacji Zdrowia jest integralną częścią zdrowia. Nie znaleziono sposobu na to, by oddzielić ciało od psychiki, co jest wynikiem prowadzenia licznych badań, które wskazują na istnienie nierozerwalnych związków pomiędzy wymiarem zdrowia psychicznym i fizycznym. Nie ma uniwersalnego podejścia na ujęcie zdrowia psychicznego ze względu na różnice wyznawania wartości w społeczeństwie, ponieważ każda kultura tworzy własne wyobrażenie tego, co jest zdrowe [5]. Definicja zdrowia wg WHO (ang. *World Health Organization,* pol. *Światowa Organizacja Zdrowia*) określa zdrowie jako stan, którego cechą jest uzyskanie dobrego samopoczucia na poziomie psychicznym, fizycznym, jak i społecznym. Natomiast zdrowie psychiczne określa ze szczególnym uwzględnieniem umiejętność podejmowania zadań wyznaczonych człowiekowi w życiu, w którym pełni on różnorodne role społeczne. W wyniku zmieniającej się rzeczywistości zdrowie psychiczne podlega nieustannie modulacjom [5].

Dyscypliny naukowe takie jak medycyna, psychologia, filozofia oraz socjologia podejmowały próby definiowania zdrowia w kontekście chorób i problemów zdrowotnych. Zdrowie najczęściej definiowano jako brak choroby, brak dysfunkcji somatycznych, co było ściśle związane z precyzowaniem pojęcia choroby. Model biomedyczny zakłada, że jeśli wykluczy się chorobę u danej jednostki, wtedy można uznać ją za zdrową. Niestety jest to negatywne ujęcie zdrowia, koncepcja ta budzi wiele zastrzeżeń, nie dając podstaw do

prowadzenia trafnej diagnostyki. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia zdefiniowano zdrowie jako całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny jak i społeczny, jednocześnie wskazano, że nie powinno się ujmować zdrowia w kategoriach negatywnych, lecz tylko w pozytywnych. Wtedy też pojęcie zdrowia zostało rozszerzone o jego przejawy społeczne i psychiczne [6].

Zdrowie psychiczne jest nie tylko brakiem choroby psychicznej. W jego określeniu wymaga ono poczucia własnej wartości, samooceny, samowystarczalności. Potrzebna jest umiejętność zaufania innym, umiejętność przebaczania sobie i innym jak i uczenia się przez doświadczenie. Wymaga ono również zdolności do dawania miłości, przyjaźni, ale także brania tego. Zdolność tworzenia związków emocjonalnych, głębokiego przeżywania emocji, rozważań nad zmianami, tolerowania niepewności, podejmowania ryzyka, a także zdolności do fantazjowania i zadumy [7].

Światowa Organizacja Zdrowia ujęła zdrowie psychiczne jako stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek się realizuje, posiada zdolność radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, owocnie i produktywnie pracuje, jest zdolny do wnoszenia wkładu do społeczności do której należy**.** Składowe części zdrowia to samorealizacja, poczucie kontroli, wykorzystywanie własnego potencjału, umiejętność rozwiązywania problemów. Dodatkowo zdrowie psychiczne pojawia się na poziomie społecznym i jest łączone z jakością kontaktów interpersonalnych [8].

Zdrowie psychiczne można określić na kilku poziomach. Poziom opisowy - charakterystyka zachowań i przejawów różnorodnych procesów psychicznych. Poziom wyjaśniający - wskazuje salutogenetyczne, patogenetyczne mechanizmy, które podtrzymują zdrowie lub zaburzenia psychiczne. Poziom genetyczny - wskazuje się czynniki psychiczne, biologiczne, środowiskowe, które warunkują zdrowie lub zaburzenia psychiczne [6].

W modelu statystycznym zdrowia i zaburzeń psychicznych najlepszym okazał się wskaźnik zdrowia, jakim jest norma ilościowa. Określenie, że osoba jest normalna - zdrowa, jest używane wtedy, gdy przejawia cechy zachowania i procesów psychicznych, jakie występują u przeważającej liczby osób w określonym wieku, jak i w określonej kulturze. Model ten wskazuje na właściwości, procesy psychiczne oraz cechy zachowania należące do trafnego oszacowania zdrowia [6].

Wykorzystując poznane normy ilościowe uwzględniające różne zachowania czy cechy osobowości populacji można porównać je z wynikami danej jednostki i stwierdzić czy znajdują się w granicach normy, jeżeli tak, uznajemy daną jednostkę za zdrową. Jeżeli wyniki wychodzą poza granice ustalonych norm, należy uznać jednostkę za zaburzoną. Nie jest tutaj łatwe

określenie danych granic, dlatego odchylenia powinny mieć znaczenie kliniczne, a nie tylko różnice statystyczne w zachowaniu czy procesach psychicznych.

Podejście ilościowe do zaburzeń psychicznych i zdrowia wskazuje na to, że każda jednostka posiada takie same cechy i właściwości, różnicuje się je nasileniem ponad normę lub poniżej normy, co daje podstawę do kwalifikacji [6].

Każde społeczeństwo posiada własne przekonania w temacie zdrowia i zaburzeń psychicznych, które dają im możliwość odróżnienia osób chorych od zdrowych, nienormalnych od normalnych. Wiązano je z przewidywalnością na temat zachowania danej jednostki, czy jest zgodna z zasadami i normami, które obowiązują w ich środowisku.

W każdym społeczeństwie jednak istnieją mniejsze grupy tworzące własne wzory oraz normy społeczne i kulturowe, a dana jednostka do niej należąca powinna żyć według zasad przez nią określonych [6]. Społeczno-kulturowe podejście do zdrowia psychicznego i normalności postrzegane jest najbardziej relatywistycznie. Stopień postrzegania norm we wskazanych warunkach politycznych i społeczno-kulturowych czy stopień uspołecznienia daje możliwość diagnozowania zdrowia czy zaburzeń psychicznych. Indywidualne potrzeby, dążenia i pragnienia jednostki określają w mniejszym lub większym stopniu zasady i normy społeczno-kulturowe. Jeżeli panujące w społeczeństwie normy dają szansę utrzymać równowagę pomiędzy indywidualnymi dążeniami jednostki a interesem społecznym, to w perspektywie salutogenetycznej prowadzą do rozwoju mechanizmów zdrowia [6].

Osoba zdrowa psychicznie to człowiek, który jest dobrze przystosowany do otoczenia, który ma realistyczne podejście do swojego życia i występujących w nim problemów. Człowiek zdrowy psychicznie wykorzystuje posiadane kompetencje i zdolności, cechuje się spontanicznością, twórczością w życiu społecznym, jak i w pracy [8]. We współczesnych czasach systemy polityczne stawiają społeczeństwu coraz wyższe wymagania, a terapeuci i psychologowie każde dwudziestolecie określają jako „zaburzenia psychiczne naszych czasów” [3].

Zdrowie psychiczne określone jest także jako dynamiczny stan wewnętrznej równowagi umożliwiającej jednostce wykorzystanie jej umiejętności będąc w harmonii z wartościami społecznymi. Umiejętności takie jak: zdolność rozpoznawania i wyrażania własnych emocji, zdolność wyrażania współczucia wobec innych, zdolność radzenia sobie w niekorzystnych zdarzeniach w życiu oraz zdolność pełnienia ról społecznych przy zachowaniu harmonii między umysłem a ciałem są istotnymi składnikami zdrowia psychicznego, przyczyniającymi się do osiągania równowagi wewnętrznej. I ta równowaga wewnętrzna uważana jest za „stan

dynamiczny", który ma na celu odzwierciedlenie faktu, że każdy okres życia człowieka narusza tą równowagę i wymaga zmian [9].

Dzięki Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego psychiatria zyskała wiele szczegółowych, nowatorskich uregulowań w psychiatrii. Podczas nowelizacji Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego w 2008 roku wprowadzono Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, gdzie jedną z głównych strategii są działania prewencyjno-promocyjne, mające na celu zapobieganie zaburzeniom psychicznym [6].

Zdrowie i choroba psychiczna są trudne do sprecyzowania z tego względu, że są to subiektywne odczucia. Definicja zdrowia psychicznego z roku 1945 brzmiała tak: zdrowie psychiczne to osiągnięcie maksymalnego szczęścia i powodzenia w przystosowaniu się do środowiska ludzkiego i materialnego [10].

Sposoby definiowania zaburzeń psychicznych

Zdefiniowanie choroby psychicznej jest dużo trudniejsze niż definiowanie chorób somatycznych. Kryteria choroby psychicznej bywają nieostre, a proces diagnostyczny może trwać w nieskończoność [11]. Nie ma określonego czasu, kiedy po raz pierwszy pojawiła się definicja choroby psychicznej. Prawdopodobieństwem jest, że po raz pierwszy pojawiła się na przełomie XVIII i XIX wieku. Nie była jednak bliżej sprecyzowana, co mogło wydawać się mylące. W XVIII wieku nasilone zaburzenia psychiczne określano jako obłęd, obłąkanie. Wielu zagranicznych autorów starało się definiować zaburzenia psychiczne, jako chorobę i już w pierwszej połowie XIX wieku wielu psychiatrów coraz częściej brała pod uwagę pogląd, że zaburzenia psychiczne są objawem choroby mózgu [12].

Zaburzeniem psychicznym nazwano stan zdrowia charakteryzujący się zmianami w myśleniu, zachowaniu lub nastroju, łączący się z upośledzeniem funkcjonowania i cierpieniem. Ważnymi elementami choroby psychicznej są: cierpienie, irracjonalność, nieprzystosowanie, niekonwencjonalność i nieprzewidywalność zachowań, naruszanie norm społecznych i brak kontroli. Sposób, w jaki zachowuje się osoba chora wywoływać może u obserwatorów nieprzyjemne emocje. A dla lekarzy występowanie wymienionych elementów ułatwia postawienie rozpoznania [8].

Zaburzenia psychiczne zajmują duży obszar w medycynie, obejmuje on różne problemy, które dotyczą emocji, pamięci, postrzegania zmysłowego, myślenia, a także innych funkcji poznawczych i towarzyszących im zachowań. Charakteryzuje je określony przebieg i wymagają odpowiedniego postępowania terapeutycznego, psychologicznego

i farmakologicznego. Zaburzenia psychiczne występują w różnym wieku, rozpoznawane są już od wczesnego wieku dziecięcego do późnej starości [13].

Ostatnie lata wskazują na fakt, że określenia typu zaburzenia zachowania, zaburzenia psychiczne czy choroba psychiczna nabierają podobnego znaczenia, a granice je różniące zacierają się. Dominującym w psychiatrii i psychologii klinicznej jednak pozostało pojęcie zaburzenie psychiczne i to nim posługują się współczesne klasyfikacje stanów psychicznych. Obecnie rzadko używa się określenia choroba psychiczna, czego przyczyną po części jest niewystarczająca wiedza o specyfice i jednorodności etiologicznej zaburzeń psychicznych, a także z powodu stygmatyzacji osób z rozpoznaniem choroby psychicznej, dokonywanej przez społeczeństwo [6].

Choroba psychiczna jest zaburzeniem czynności centralnego układu nerwowego, w wyniku czego występują objawy psychopatologiczne zaburzające świadome kontrolowanie zachowania, uniemożliwiające lub utrudniające przystosowanie do zaistniałych warunków, uniemożliwiają lub upośledzają korzystanie z doświadczeń oraz zniekształcają lub upośledzają zdolność do przewidywania przyszłości.

Współczesna psychiatria zakłada, że nie ma człowieka całkowicie zdrowego psychicznie, że żaden z pacjentów psychiatrycznych nie choruje we wszystkich obszarach funkcjonowania, że przewlekły charakter choroby psychicznej nie traktuje jej jako nieuleczalnej, a przewlekle chory jest warunkowo zdrowy, ponieważ w chorobie psychicznej występują wahania pozytywne, jak i negatywne [14].

Pużyński zdefiniował chorobę psychiczną - psychozę, jako zaburzenie psychiczne mające różne pochodzenie, twierdził, że występuje w nim utracona zdolność realnego oceniania rzeczywistości. Wskazuje tu na stany chorobowe, w których występuje zaburzone myślenie, występują omamy, urojenia, silne zaburzenia nastroju i emocji, zaburzenia świadomości. Natomiast zaburzenia psychiczne - niepsychotyczne to nerwice, niektóre zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia osobowości, zespoły organiczne, niektóre zaburzenia seksualne, a także uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych [12].

U Bilikiewicza choroba psychiczna w swojej definicji obejmuje zaburzenia psychiczne takie jak psychozy, nerwice, zespoły psychoorganiczne oraz zaburzenia osobowości. Zawężając znaczenie tego terminu określił chorobę psychiczną jako psychozę, która jest zaburzeniem psychicznym w znaczny sposób ograniczająca wgląd - brak poczucia choroby, ogranicza również utrzymanie realnego kontaktu z rzeczywistością i zdolność samodzielnego radzenia z wymaganiami życia codziennego [15].

Innym podejściem wykazał się Porczyk, który zawęził pojęcie choroby psychicznej ujmując w nim schorzenia najpoważniejsze, mające to samo znaczenie co psychozy albo zaburzenia psychiczne. Choroby psychiczne są chorobami, które przynajmniej przez pewien okres w zasadniczy sposób zakłócają postrzeganie świata, a także kontakt z rzeczywistością. Wiąże się to z występowaniem objawów takich jak urojenia i omamy (halucynacje). Choroba psychiczna to przede wszystkim schizofrenia, majaczenie (zaburzenia świadomości), paranoja, choroba schizoafektywna (zaburzenia schizoafektywne). Do chorób psychicznych zaliczyć można również nie tylko ciężkie depresje ale i rzadsze stany depresyjne, depresje z urojeniami depresyjnymi (tzw. depresje psychotyczne). W kontekście leczenia wbrew woli chorego, za chorobę psychiczną może być czasem uznany jadłowstręt psychiczny. Natomiast zaburzenia psychiczne określa jako pojęcie bardzo szerokie, które obejmuje wszystkie zakłócenia czynności psychicznych, zgodnie z wiedzą medyczną uważane za nieprawidłowe [3]. Choroba psychiczna jest doświadczeniem nie tylko dla osoby chorej, ale także dla jej otoczenia, wiążą się z nią negatywne stereotypy niosące za sobą cierpienie [16].

W społeczności akademickiej powstał spór o to, czy choroba psychiczna istnieje. Odpowiedź na to pytanie jest uzależniona od tego, jak rozumiemy pojęcie choroby psychicznej, a w tej kwestii zgody nie ma [17].

W nauce kontrowersje wzbudza nie tylko pojęcie choroby psychicznej, lecz także w ogólności pojęcie zaburzenia psychicznego. Nie ma naukowego uzasadnienia od rezygnacji czy odchodzenia od terminu choroba psychiczna, zagadnienie to pozostaje w zakresie społeczno-ideologicznym. Zaburzenie psychiczne jest definiowane na wiele sposobów. Po pierwsze - jako odchylenie od norm statystycznych, gdzie zachowanie człowieka postrzegane jest jako nienormalne, wykraczające poza ramy obszaru uważanego za statystycznie typowy.

Kolejnym zjawiskiem jest odchylenie od norm społecznych, które również jest uznawane za zaburzenie psychiczne. Tutaj niektóre z zachowań są nie tylko akceptowane, lecz w pewnych sytuacjach oczekiwane. Jeśli społeczeństwo jest świadome tych norm, swoje zachowanie dostosowuje do nich. Natomiast Ci, którzy te normy łamią, wtedy postrzegani są jako nienormalni lub nawet jako chorzy psychicznie.

Zachowanie dysfunkcyjne również możemy utożsamić z zaburzeniem psychicznym. Definicja ta podaje, że dana osoba nie funkcjonuje prawidłowo, nie wiedzie „normalnego" życia w rozumieniu tego słowa. Osoba taka ma ograniczony zakres zachowań poprzez możliwość pozbawienie niektórych uczuć bądź emocji.

Istnienie zaburzenia psychicznego może być związane również z osobistym dyskomfortem danej jednostki. Zdarza się, że dyskomfort nie występuje w środkowym stadium demencji. Osoby upośledzone umysłowo odczuwają dyskomfort rzadziej niż osoby niezaburzone. Natomiast w zaburzeniach afektywnych, w fazie manii nie ma dyskomfortu, w tym przypadku występuje euforia.

Zaznaczyć jednak trzeba, że każdy z nas z różną częstotliwością odczuwa pewien dyskomfort, i przyjmując takie kryterium zasadnym byłoby stwierdzić, że zaburzenia psychiczne można rozpoznać każdemu. Inni twierdzą, że na istnienie zaburzenia psychicznego u danej jednostki wskazywać może dyskomfort obserwatora - osób przebywających w jej towarzystwie. Uzewnętrzniane emocje i zachowanie tych ludzi mogą mieć destrukcyjny wpływ na inne osoby w otoczeniu.

Nieprzewidywalne zachowanie - takie, które uważane jest jako niespodziewane czy nieoczekiwane, nieadekwatne do sytuacji, również ma swoich zwolenników, którzy biorą je za kryterium zaburzenia psychicznego. Jeszcze innym kryterium jest nieracjonalne zachowanie, które również uważane jest za zaburzenie psychiczne. Kiedy w odbiorze innych zachowanie jednostki nie ma sensu, nie ma racjonalnego uzasadnienia, wytłumaczenia, również może być postrzegana jako osoba, która zachowuje się nienormalnie bądź zaburzona psychicznie.

Zaburzenie psychiczne jest definiowane jako odstępstwo, odchylenie od oczekiwanego ideału zdrowia psychicznego. Według psychologów istnieją cechy, które charakteryzują jednostkę wolną od zaburzeń psychicznych. Wyróżniają tutaj: pozytywny obraz siebie, rozwój osobisty, zdolność do podejmowania działań, poprawne postrzeganie rzeczywistości, zdolność budowania relacji międzyludzkich, panowanie nad rzeczywistością [17].

W Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego osoba chora psychicznie definiowana jest jako wykazująca obecność zaburzeń psychotycznych, upośledzenia umysłowego lub posiadająca inne zakłócenia czynności psychicznych. Dana jednostka powinna otrzymać świadczenia zdrowotne niezbędne do życia w środowisku społecznym i rodzinnym [18].

Postawy społeczeństwa wobec osób chorych psychicznie

Rodzaje postaw społecznych

Postawa społeczna to indywidualnie ukształtowane dotychczasowe doświadczenie człowieka, nie zawsze w pełni świadome lecz wyzwalające uczucia ujemne, jak i dodatnie, wyraża stosunek do ludzi, sytuacji, rzeczy, poglądów, haseł dając im możliwość reagowania na przykładzie własnych doświadczeń społecznych, kulturowych czy osobistych.

Obuchowski wyodrębnił postawy konkretne i postawy hierarchiczne oraz mechanizmy ich funkcjonowania i poznawania. Postawy konkretne - nie mają charakteru, który je uogólnia, kształtują je informacje wynikające z jednostkowych zdarzeń i na tej podstawie tworzy się jedynie obraz świata. Natomiast postawy hierarchiczne wynikają z uogólnień i przemyśleń, na podstawie których formują się opinie. Postawy te są zależne od siebie i w miarę poszerzania wiedzy jednostki tworzą logiczny i zwarty system.

Wobec osób z niepełnosprawnościami Larkowa wyróżniła trzy rodzaje postaw: postawy ambiwalentne - charakteryzują się czasem wrogością, obojętnością a z drugiej strony nadmierną troską, przesadną opieką czy pomocą a także litością, postawy negatywne - wyrażają niechęć, brak pomocy, życzliwości, ignorancję a także unikanie kontaktu z niepełnosprawnymi i postawy pozytywne - wyrażające akceptację, życzliwość i szacunek [19].

Wśród typów postaw znajdujemy aspekt społeczny i psychologiczny. Oleksiak wyodrębnia elementy, które charakteryzują postawę. Postawa pobudza do działania, zawiera ocenę, skierowana jest na określony przedmiot, jest stanem wybiórczej i psychicznej gotowości, odzwierciedla rzeczywistość poprzez doświadczenia, powstaje jako neurofizjologiczny zapis, wyznacza linię i kierunek postępowania, zawiera społeczne elementy reakcji, ściśle łączy się z przekonaniami, wyrażana jest w postaci opinii [20].

Czynniki kształtujące postawy mogą mieć charakter wewnętrzny - doświadczenia własne badanego i zewnętrzny - uwarunkowany społecznie-kulturowo. Postawy mogą być kształtowane przez media, jak też przez odbiór informacji pochodzący od innych ludzi. W kształtowaniu i zmianie postawy najważniejszą rolę odgrywa źródło otrzymanej informacji - nadawca, kanał, przekaz ale też i odbiorca. Nadawcą nazywamy osobę, która posiada już ukształtowaną postawę, posiadającą swój punkt widzenia, która dąży do tego, aby kształtować postawę innych lub nawet ją zmienić. Odbiorca otrzymuje od nadawcy w sposób werbalny bądź obrazowy komunikat mający na celu modyfikację jego postawy. Nadawca przekazuje odbiorcy swój komunikat za pomocą kanałów: wzrokowego, słuchowego, dotykowego a także węchowego. Odbiorca w chwili otrzymania tego przekazu pod wpływem emocji reaguje na niego, czasami zmienia jego brzmienie, w konsekwencji czego odrzuca go lub akceptuje. Proces ten odbywa się w środowisku społecznym zajmującym się kształtowaniem postaw społecznych. Najważniejszą rolę w procesie zmiany i kształtowania postawy odgrywa nadawca i jego wiarygodność [21].

Postawy wobec osób chorych psychicznie wczoraj i dziś

Historia pokazuje, że chorobę psychiczną postrzegano jako fenomen duchowy; osoby dostrzegające inną rzeczywistość, które słyszą dźwięki niesłyszalne dla innych określane były jako „wybrańcy bogów" [22].

Zaczynając od Prehistorii już wtedy była mowa o umysłowo chorych, ówczesna ludność traktowała tych niebezpiecznych chorych, agresywnych, jako owładniętych przez złe siły, duchy i takich wypędzano, czasami nawet zabijano, natomiast ci, którzy byli cisi i nieszkodliwi, uważani byli za ulubionych przez bogów i takie osoby pielęgnowano [17].

W Starożytnym Wschodzie „szaleńcy" nie stwarzający zagrożenia samotnie wędrowali bez celu po polach, miastach, zdarzało się, że gromadziły się wokół nich dzieci, uliczni obibocy, którzy wykorzystywali ich na różne sposoby, szydzili z nich, a nawet obrzucali ich kamieniami. Natomiast chorzy z rodzin szlachetnych, bogatych byli otoczeni opieką osobistych nadzorców lub trzymani w zamknięciu. W przypadku istniejącego niebezpieczeństwa, że chory może wyrządzić krzywdę sobie lub komuś z otoczenia był krępowany i zamykany. Prawo Mojżeszowe również opisało osoby z zaburzeniami psychicznymi, uważano je za niepoczytalne, pozbawione rozumu. Traktowani byli tak samo jak nieletni czy głuchoniemi. W starożytnej Grecji stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi mieszał ze sobą pogardę i strach ale też pojawiał się cień współczucia wobec nich, zdarzały się zachowania agresywne, chorzy byli przedmiotem do przedrzeźniania, drwin, wykorzystywania i lekceważenia. Starożytny Rzym odchodził od poglądu, że chorzy psychicznie są opętani przez demony. Osoby te były uważane za pozbawione woli, a w świetle prawa nie zdolne do działania. W Średniowieczu i Renesansie osoby chore psychicznie nadal doznawały napiętnowania, rodziny wstydziły się swoich chorych członków, opieka nad chorym polegała na przetrzymywaniu ich w chlewach, piwnicach lub pod nadzorem służby. Z kolei inne rodziny porzucały swoich chorych bliskich a ci zmuszeni byli do włóczęgostwa i żebraczego trybu życia. Inne opcje opieki nad chorymi psychicznie to było umieszczanie ich w przytułkach, szpitalach, gdzie byli zapominani. Rodzina chorego była kategorycznie zobligowana do opieki nad nim w celu zapewnienia spokoju i bezpieczeństwa obywatelom. Racjonalizm i Oświecenie nadal nie były sprzymierzeńcem dla osób chorych psychicznie, pomimo redukcji zachowań, jakimi były tortury to w przypadkach, kiedy osoby chore nie były hospitalizowane, nadal włóczyły się po miastach, gdzie występowała względem nich pogarda, wyśmiewanie i bicie.

Miejscem na niedzielne spacery londyńczyków w XVIII wieku było Bethlem, gdzie przychodzili oni, aby patrzeć na „wariatów". Agresywni chorzy psychicznie byli wystawiani na pokaz, stanowili atrakcję dla publiczności, która płaciła, by na nich popatrzeć. W przypadku chorych, którzy nie byli agresywni, wystawiani byli na ulice w celu żebrania o jałmużnę [17].

Postawy wobec osób chorujących psychicznie są badane w szczególności w Europie i Stanach Zjednoczonych. Czynnikiem, który w szczególny sposób kształtuje zarówno postawy, jak i normy społeczne był rozwój nauki, rozwój technologii, ekonomii a także religia [23].

Badania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce rozpoczęły się w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwszym badaczem był Zdzisław Bizoń, który w badaniu mieszkańców Warszawy wyróżnił obojętność, nieufność oraz tendencję do unikania kontaktu z osobami z zaburzeniami psychicznymi a hospitalizację w szpitalu psychiatrycznym należało ukrywać ze względu na narażenie na ośmieszenie i wstyd.

Inne badania, które przeprowadził Koślacz i inni, wskazały, że kontakt z chorym psychicznie wywoływał uczucie współczucia a także nieokreślony lęk i nieprzyjemne wrażenia, gdzie uczucie lęku było większe w kręgu osób posiadających w rodzinie chorego psychicznie. Kolejne badania przeprowadzone przez Ryszarda i Teresę Semeniuk miały miejsce w społeczności wiejskiej. Wyniki tego badania wskazały, że opiekunowie osób z zaburzeniami psychicznymi uznawali ją za wstydliwą i sami obawiali się zachorowania ze względu na doświadczenie trwałych następstw chorobowych u osób w swoim otoczeniu. W badaniach Sułowskiej i Kubackiej-Sztompki także wykazano, że fakt hospitalizacji osoby bliskiej w szpitalu psychiatrycznym wywołuje wstyd i potrzebę jej ukrycia przed osobami trzecimi.

Przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych doczekał się też badań prowadzonych przez Borowskiego i innych; tutaj również badana była społeczność wiejska. Okazało się, że zasób wiedzy na temat zaburzeń psychicznych był niewielki, część ankietowanych nazywała osoby chore jako „głupie, wariaci", nie potrafiła odpowiedzieć też na pytanie, co to jest choroba psychiczna, była przez nich kojarzona z niedorozwojem, nienormalnością. Osoby mające kontakt z chorymi psychicznie, posiadające chorych w rodzinie w sposób bardziej życzliwy wypowiadali się na temat ich aktywności zawodowej czy zakładania rodziny.

Kolejne badania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w 1974 roku przeprowadziła Wyka, w wyniku których okazało się, że przede wszystkim osoby z niższym wykształceniem skłonne były do izolowania chorych lecz w porównaniu z wcześniejszymi badaniami nie potwierdziły uczucia wstydu. W 1975 roku pojawiły się pierwsze badania studentów, które przeprowadzili Webel i inni. Postawy studentów pokazał, że ich stosunek do chorych psychicznie był bardziej przychylny w porównaniu do ogółu społeczeństwa.

Kolejnym krokiem były badania prowadzone przez Ziarkowskiego w latach 1976-1977, który kontynuował temat badań Borowskiego i innych. Tutaj pojawili się respondenci z miast, wsi, powiatów. Ponownie mieszkańcy wsi okazali postawę wykluczenia w stosunku do chorych z zaburzeniami psychicznymi, uważali ich za zagrażających otoczeniu, a chorobę psychiczną jako nieuleczalną. Kret i Hese badali postawy młodzieży z liceum, studentów psychologii, a także pacjentów hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym. Więcej niż połowa ankietowanych twierdziła, że osoby chore psychicznie są ośmieszane, wzbudzają lęk [23].

Badanie postaw polskich psychiatrów wobec chorujących psychicznie przeprowadziła Dyduch; należy zaznaczyć, że obraz chorych w grupie pielęgniarek i lekarzy nie odbiegał od obrazu widzianego przez populację ogólną. Badanie Nordta i innych współautorów, gdzie respondentami byli lekarze psychiatrzy pokazało, że częściej niż całe społeczeństwo wskazywali na chorych psychicznie jako głupich, nieprzewidywalnych czy niebezpiecznych. Podobnie było w przypadku pielęgniarek. Natomiast grupa terapeutów, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych wskazała na taki sam wynik jak ogół społeczeństwa. Badanie potwierdziło, że psychiatrzy pomimo swojej misji zawodowej, posiadanego wykształcenia, mają swój udział w stygmatyzowaniu chorych psychicznie w takim samym stopniu jak ogół społeczeństwa [24].

Znaczenie mass mediów w kształtowaniu postaw społeczeństwa wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Edukacja społeczeństwa w tematyce zdrowia psychicznego i zaburzeń psychicznych jest prowadzona przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, a także przez inne instytucje. Rosnącą świadomość społeczeństwa z zakresu problematyki zdrowia psychicznego kształtuje głównie publicystyka, czasopisma popularnonaukowe, artykuły, poradniki, filmy, seriale, a także Internet. Badania potwierdzają, że społeczeństwo ma rzadki kontakt z osobami z zaburzeniami psychicznymi, a informacje na ich temat czerpie najczęściej ze środków masowego przekazu [25]. Mass media znacznie zwiększyły oddziaływanie na społeczeństwo na przestrzeni ostatnich 20 lat [26]. Współcześnie media stały się globalną codziennością jednostki, a przy tym źródłem informacji o zdrowiu i stanowią główne narzędzie w modelowaniu i oddziaływaniu na zachowania i postawy społeczne. Proces zdobywania wiedzy jest przyjemniejszy dzięki atrakcyjności form przekazu, jakie media oferują [27]. Powszechne media wywierają na odbiorcy silny wpływ edukacyjny, jest on planowany ale także przypadkowy i nieplanowany. Rola edukacyjno-wychowawcza środków masowego przekazu uzyskała uznanie i odbicie w Ustawie o Radiofonii i Telewizji oraz w Narodowym

Programie Zdrowia [26]. Obecnie media stały najważniejszym dostawcą informacji w zakresie zdrowia, promocji zdrowia, zdrowego stylu życia. Stały się efektownym narzędziem w przekazywaniu informacji medycznych na odległość. Media spełniają funkcję edukacyjną i motywacyjną. Dostarczają profesjonalną wiedzę bardzo dużej grupie odbiorców a motywują do działań i zmian postaw społeczeństwa. Dynamiczny rozwój Internetu służy populacji ludzkiej w każdym okresie życia przekazując profesjonalną i specjalistyczną wiedzę ludziom chorym, jak i zdrowym [28]. Sylwetka chorego psychicznie bywa przedstawiana w mediach wielokrotnie w sposób negatywny, zniekształcony, ukazywana jest jako niesympatyczna, agresywna, nieprzewidywalna, niebezpieczna, groźna a czasami wręcz śmieszna [29].

Znaczącym czynnikiem w mediach jest ich „język". Wobec osób chorujących psychicznie, lekarzy psychiatrów, szpitali psychiatrycznych stosowanych jest wiele pejoratywnych określeń. Najczęściej występują takie jak: świr, szajbus, wariat, szurnięty, ma żółte papiery, ma odchyły i wiele innych. Te wyrażenia i słowa są potoczne, lekceważące, które działają na chorych psychicznie stygmatyzująco. Piętno choroby psychicznej przynoszą człowiekowi choremu również określenia typu schizofrenik, maniak, depresyjny, co w tym wypadku ukazuje fakt, że to choroba decyduje o jego tożsamości [25]. Przykrym doświadczeniem jest, że tych obelżywych sformułowań używają osoby mające znaczenie w życiu publicznym. Osoby chore psychicznie wielokrotnie są przedstawiane w mediach jako sprawcy zbrodni, przestępcy, osoby mające problemy z prawem, sytuacje te są dodatkowo koloryzowane, co daje zwiększenie liczby odbiorców. Fakty te wskazują na istniejące przejawy dyskryminacji, naznaczania chorych psychicznie w sferze indywidualnej, jak i strukturalnej przez rozpowszechnianie i powielanie stereotypów kulturowych [11].

Badania dzienników opiniotwórczych wykazały hipokryzję, która wzięła się z faktu, iż z jednej strony wykazują zachowania walki ze stygmatyzacją osób chorujących psychicznie, podejmują działania by były lepiej postrzegane przez społeczeństwo, a z drugiej strony te same dzienniki w swoich publikacjach nazywają kogoś szaleńcem lub wariatem, przez co utrwalają istniejące uprzedzenia, tradycję wykluczania czy ignorowania osób z zaburzeniami psychicznymi [23].

Stygmatyzacja osób doświadczonych chorobą psychiczną

Mechanizm powstawania stygmatyzacji

Dobre samopoczucie, jak i zdrowie psychiczne składają się na jakość życia społeczeństwa. Niestety obecne czasy nie są przychylne dla zdrowia psychicznego, coraz większa liczba ludności przyznaje się do zaburzeń w tej sferze. Panujące nierówności społeczne prowadzą do występowania zaburzeń psychicznych, a grupy mniej uprzywilejowane, takie jak przewlekle chorzy, uzależnieni, niepełnosprawni i bezrobotni, spychane są na margines.

Takiego wykluczenia społecznego i dyskryminacji doświadczają osoby chore psychicznie i rodziny tych chorych również poprzez stygmatyzację i odrzucenie społeczne [23]. Stygmatyzacja to słowo określające postawę społeczną, negatywny odbiór, dezaprobatę wobec danej jednostki lub grupy ludzi. Składają się na to psychiczne, jak i fizyczne cechy, wartościowanie, styl życia i szereg innych aspektów [30].

Pojęcie stygmatyzacji odnosi się do przypisywania negatywnych ról, wartości, etykiet na podstawie nie do końca prawdziwych informacji, duże znaczenie ma tutaj poddawanie się fobiom, stereotypom. W oczach społeczeństwa dyskredytuje jednostkę, która jest traktowana jako splamiona, odmienna. A typowym przykładem na to są osoby leczące się z powodu zaburzeń psychicznych [7].

Uczucie strachu przed zarażeniem, strach przed nieznanym, strach przed widokiem śmierci lub samą śmiercią już od wieków doprowadzają do stygmatyzacji nie tylko chorych psychiatrycznie, ale dotyczyło to wielu jednostek chorobowych, takich jak choroby zakaźne, deformacje ciała. Jednak w przypadku tych ostatnich stały się one bardziej zrozumiałe czy nawet uleczalne, natomiast osoby chorujące psychicznie nadal pozostały podatne na stygmatyzację [7].

Stygmatyzację określić można jako automatyczny proces powstający w społeczeństwie, na który składają się jego negatywne postawy wobec osób chorujących psychicznie. Są oni dystansowani emocjonalnie, poddawani stereotypizacji - spostrzeganiu jednostki jako należącej do określonej grupy, kategorii i nadawaniu jej atrybutów przypisanych danej grupie, podlegają też dewaluacji polegającej na rozpowszechnianiu negatywnych opinii, delegitymizacji ograniczającej możliwości działania, segregacji blokującej możliwość korzystania z życia społecznego oraz eksterminacji [31].

Link i Phelan określili stygmatyzację jako złożony proces składający się z powiązanych ze sobą elementów, którymi są [32]:

1. Etykietowanie - opatrzenie etykietą, która polega na nazywaniu różnic istniejących między ludźmi. Etykieta nie jest cechą jednostki lecz jest społecznie konstruowana, ma względny

arbitralny charakter, który nie musi być trafiony. Etykietami stać się mogą jedynie takie cechy, które w procesie społecznej selekcji zostały uznane za istotne. Autorzy twierdzą, że duża waga etykiet przypisywana jest pozornej ich oczywistości.

2. Stereotypizacja - jest to powiązanie etykiet z negatywnymi właściwościami, uprzedzeniami, które składają się na stereotyp.
3. Oddzielenie - tutaj pojawia się podział na "my" i "oni", stereotyp ten w negatywny sposób oddziela normalnych od osób w pewien sposób odmiennych. Link i Phelan zauważyli, że do tego procesu przyczynia się stereotypizacja, lecz może on również wynikać z tego, iż przypisywanie negatywnych cech grupom czy jednostkom jest bardzo prostym procesem.
4. Dyskryminacja i utrata statusu - grupa ludzi lub dana jednostka jest uznawana za gorszą, przez co są wykluczani i odrzucani.

Hayward i Bright wyróżnili cztery stwierdzenia odnoszące się do stereotypu osób chorujących psychicznie [30]:

1. Osoba chora psychicznie jest niebezpieczna.
2. Jest częściowo odpowiedzialna za swój stan.
3. Cierpi na przewlekłą, trudną w leczeniu chorobę.
4. Jest nieprzewidywalna i niezdolna do pełnienia ról społecznych.

Wymienione wyżej postawy stygmatyzacji, dyskryminacji, wykluczenia osób z zaburzeniami psychicznymi stanowią poważny problem w społeczeństwie, pociągają za sobą szereg negatywnych konsekwencji w życiu jednostki.

Literatura opisuje mechanizmy powstawania stygmatyzacji. Jednym z nich, jaki jest powszechnie znany każdemu człowiekowi, jest lęk. Ma on charakter blokujący chęć kontaktu z osobą chorą psychicznie, strach przed nieznanym jest naturalnym odruchem emocjonalnym człowieka, któremu brakuje wiedzy i doświadczenia w kontakcie z chorym psychicznie. Na potwierdzenie tego mechanizmu wskazują badania B. Wciórki i J. Wciórki, gdzie 1/4 respondentów wskazała na agresywne zachowanie osób chorych psychicznie w stosunku do innych ludzi, w których uzasadnili uczucie lęku, niepokoju i dyskomfortu [33]. Kolejnym mechanizmem powstawania stygmatyzacji jest dysonans poznawczy. Pojęcie to wprowadził Festinger; mechanizm ten generuje napięcie w sytuacji, w której pojawia się sprzeczność a nie rozwiązanie jej powoduje zagrożenie w obrazie własnej osoby. Tak więc obraz zachowania chorego człowieka jest nierozpoznany i niezrozumiały przez obserwatora, który nie jest skłonny

do refleksji, często o słabszym wykształceniu w dziedzinie, zamiast powściągliwości myślowej zostaje fałszywie zinterpretowany za pomocą stereotypowych, prostych, pejoratywnie zabarwionych epitetów [34].

Następnym ważnym mechanizmem, który wyjaśnia niekorzystny wizerunek osób chorujących psychicznie jest poczucie przynależności do grupy społecznej i identyfikowanie się z jej członkami [35]. Mechanizm ten pojawia się w czasie klasyfikacji grup społecznych na „my" versus „oni". Kategoryzacji na grupy własne i obce dokonuje się poprzez zjawisko stronniczej percepcji, gdzie grupę własną stanowią ci lepsi, którzy identyfikują się z grupą potwierdzając własną wartość, wyższy status społeczny, co wzmacnia ich samoocenę. Członków grupy obcych postrzega się jako gorszych pod każdym względem, którzy nie zasługują na uznanie w społeczeństwie [30]. Z badań B. Wciórki i J. Wciórki wnioskować można, że osoby chore psychicznie należą do grupy obcych [33].

Stygmatyzacja jest zjawiskiem wszechobecnym, niesie za sobą szereg konsekwencji dla osób chorych psychicznie zmniejszając ich szanse na normalne społeczne funkcjonowanie. Osoby chore psychicznie są stygmatyzowane, przez co zaniedbują leczenie, za tym idzie pogorszenie stanu zdrowia, w konsekwencji czego zmniejszają się ich szanse na kontynuowanie pracy. W taki to sposób zjawisko stygmatyzacji obciąża społeczeństwo generując koszty leczenia. Chorzy są świadomi obecności stygmatyzacji, co utrudnia im funkcjonowanie w życiu społecznym [30].

Dla osób mających problem ze zdrowiem psychicznym, włączając w to ich rodziny, sam kontakt z lekarzem psychiatrą, nie mówiąc o rozpoznaniu choroby psychicznej, już jest stygmatem, a kontakt ze specjalistą jest odwlekany w obawie przed napiętnowaniem [36].

Stygmatyzacja osób chorujących psychicznie stała się faktem, a posiadanie diagnozy psychiatrycznej utrudnia realizowanie życiowych istotnych celów, stwarza ograniczenie w podjęciu pracy oraz nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Autostygmatyzacja i stygmatyzacja są samosprawdzającą się przepowiednią, negatywne oczekiwania powodują rezygnację z aspiracji, marzeń, prowadzą do izolacji społecznej. Aby przeciwdziałać temu zjawisku niezbędna jest specjalistyczna pomoc w zakresie radzenia sobie z pojawiającą się dyskryminacją, jak też edukowanie społeczeństwa w tematyce chorób psychicznych, a chorujących psychicznie przedstawiać jako pełnowartościowych członków społeczności [25].

Piętno społeczne osób z chorobą psychiczną

Termin „piętno" utworzony został przez starożytnych Greków w celu określenia znaków na ciele, które miały oznaczać coś złego ale i nadzwyczajnego. Znaki na ciele były wypalane bądź wycinane, a ich nosicielami byli zdrajcy, przestępcy, niewolnicy. Oznaczało to, że należy unikać tych ludzi w szczególności w obszarze publicznym [37].

Do nauk społecznych termin „piętna" wprowadzony został przez Ervinga Goffmana w 1963 roku, kiedy to wydał swoją książkę pod tytułem *„Stigma. Notes on the management of spoiled identity"* [37].

Goffman wyróżnił trzy rodzaje piętna społecznego:

- brzydotę cielesną i różne deformacje fizyczne,
- wady charakteru będące konsekwencją słabej woli, dogmatycznych przekonań i nienaturalnych namiętności, na przykład: choroby psychiczne, nałogi, pobyt w więzieniu, homoseksualizm,
- grupowe - plemienne piętno rasy, wyznania, narodowości.

Autor podkreśla, że piętno nie jest cechą jednostki lecz rodzajem relacji pomiędzy atrybutem a stereotypem. Atrybut, który piętnuje jednostkę określać może zwyczajność innego i zawsze ma charakter dyskredytujący [32].

We wszystkich odmianach piętna, również tej pojmowanej przez Greków, odnaleźć można jednakowe właściwości socjologiczne. Oznacza to, że dana jednostka, która może być zwyczajnie akceptowana w pewnym momencie zostaje nosicielem widocznej, odpychającej od niego cechy. Sytuacja ta deprecjonuje pozostałe jej cechy pomimo tego, że wywarłyby na otaczających ludziach pozytywne reakcje [37].

Jones i współautorzy wyróżnili sześć wymiarów piętna [38]:

- widoczność piętna na przykład oszpecenie,
- zmiana atrybutu w czasie - piętno stałe lub postępujące,
- destrukcyjność – określa, w jakim stopniu piętno zakłóca relacje międzyludzkie,
- estetyka,
- pochodzenie piętna - wrodzone czy przygodne,
- niebezpieczeństwo – zagrożenie, jakie może stwarzać dany atrybut w opinii innych ludzi.

Choroba psychiczna miała charakter piętnujący w każdej epoce, każdej kulturze i tak jest dzisiaj. Wzbudzała silne reakcje społeczne jako tajemniczy i zagadkowy fenomen, często uderzający w istotę człowieczeństwa, idący za tym lęk, niepokój ale też pewnego rodzaju fascynację. Problem piętna jest globalny, a zaburzenia psychiczne należą do najbardziej wykluczających stygmatów [32].

W badaniach przeprowadzonych przez Świtaja w 2008 roku tylko 3% chorych leczących się na schizofrenię potwierdziło, iż nie doznało żadnego objawu piętna, natomiast pozostała grupa chorych doświadczyła napiętnowania głównie przez ukrywanie faktu leczenia psychiatrycznego przed najbliższymi z rodziny w sytuacjach, kiedy osoby trzecie mówiły o chorych psychicznie w sposób nieprzychylny, przejmowaniu się, że z powodu swojej choroby są oceniani w sposób negatywny i że są odbierane jako mniej sprawne. Z kolei w innym badaniu, które również przeprowadził Świtaj zaledwie 15% badanych przyznało, że odmówiono im zatrudnienia na stanowisku pomimo posiadanych kwalifikacji, 23% ankietowanych nie otrzymało wsparcia od pracodawcy ani współpracowników, gdy dowiedzieli się o ich chorobie. Kolejnych 17% ankietowanych doświadczyło niewłaściwego traktowania, gdy mieli do czynienia z przedstawicielami prawa, a 6% badanych potwierdziło, że w postępowaniu sądowym fakt leczenia był wykorzystywany przeciwko nim. W minimalnym stopniu pojawiały się problemy w wynajmie mieszkania, z wydaniem paszportu czy możliwością podjęcia nauki [39].

Czynniki mające wpływ na piętnowanie osoby chorej psychicznie podzielić można na socjologiczne - dyskryminacja, odrzucenie przez grupę, stereotypy i te związane z jednostką dotkniętą chorobą, czyli objawy choroby, niski poziom wykształcenia, samostygmatyzacja, niskie kompetencje społeczne, a także pozycja społeczna. Postawienie diagnozy choroby psychicznej ma cechy odpowiadające stygmatom i w tym momencie klasyfikuje się do grupy ludzi o cechach nieakceptowanych. Siła napiętnowania chorych z zaburzeniami psychicznymi zależy nie tylko od postawionej diagnozy, ale też od wyobrażenia otoczenia o odpowiedzialności za swoją chorobę. Negatywne postawy wobec osób uzależnionych od narkotyków czy alkoholu były zdecydowanie bardziej nasilone niż w przypadku chorych na schizofrenię czy depresję, gdzie dane osoby nie były obarczone odpowiedzialnością za swoją chorobę [40].

Napiętnowani chorzy podejmują próby naprawienia tego, co ich upośledza, przykładem może być terapia uzależnień od substancji psychoaktywnych, poddawanie się operacji w celu korygowania deformacji fizycznych, czy w przypadku chorych psychicznie psychoterapia.

Takie działania nie nadają im statusu „normalsa", a dają im zmianę tożsamości z osoby, która posiada skazę na taką, która dokonała korekty tej skazy.

Chorzy muszą nauczyć się własnego piętna, muszą przyswoić sobie społeczne i kulturowe wyobrażenie piętna oraz to, co mówią na ich temat inni ludzie i jakie są tego konsekwencje. Jest to specyficzna sytuacja, której przebieg może mieć różny charakter w zależności czy piętno jest wrodzone, czy nabyte w późniejszym etapie życia [37].

Szereg przeprowadzonych badań wskazuje, że choroby psychiczne mają najsilniejsze źródło wykluczenia społecznego, silniejsze niż jakichkolwiek inne choroby (piętno epilepsji, AIDS, trądu czy raka w miarę poznawania ich natury, metod leczenia i postępów medycyny stopniowo zmniejszyło się). Niestety nie udało się tego osiągnąć w przypadku chorób psychicznych pomimo postępów efektywnej terapii pozwalającej chorym szczęśliwie żyć, zakładać rodziny, mieć przyjaciół jak też spełniać się zawodowo [25].

CEL PRACY

Celem badań jest rozpoznanie czynników kształtujących postawy studentów kierunków technicznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Problem główny:

Jakiego rodzaju czynniki kształtują postawy studentów kierunków technicznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi?

Problemy szczegółowe

1. Jaką wiedzę posiadają respondenci na temat zaburzeń psychicznych i skąd ją czerpią?
2. Jaka jest postawa badanych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi i czy istnieje związek pomiędzy postawą a doświadczeniem wcześniejszego kontaktu z osobą chorą?
3. Jaki istnieje związek pomiędzy wiedzą respondentów a postawą wobec osób zaburzeniami psychicznymi?
4. Jakie jest zdanie ankietowanych na temat społecznego postrzegania osób chorych psychicznie i zapotrzebowania na organizację kampanii uświadamiających oraz czy istnieje różnica pomiędzy zdaniem badanych na temat potrzeby organizowania kampanii społecznych a postrzeganiem osób chorych przez społeczeństwo?

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem badań były czynniki wpływające na postawy studentów. Z kolei podmiotem jest badana grupa studentów kierunków technicznych.

Narzędziem badawczym zastosowanym w pracy był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Autorski kwestionariusz ankiety zawiera zestaw pytań jednokrotnego wyboru, które odnoszą się do danych socjo-demograficznych respondentów oraz do postawionych problemów badawczych. Łącznie w przeprowadzonym badaniu zebrano 123 wypełnione kwestionariusze. Ankiety są anonimowe i zostały rozesłane drogą internetową wśród losowej grupy studentów kierunków technicznych.

WYNIKI

Charakterystyka respondentów pod względem wieku i płci

Większą część badanej grupy stanowią mężczyźni (n=67; 54,47%). Pozostałe 56 osób to kobiety (45,53%).

Prawie 3 na 4 osoby to studenci w wieku do 25 roku życia (n=91; 73,98%). Między 26 a 30 rokiem życia jest 19 osób (15,45%), zaś powyżej jest grupa składająca się z pozostałych 13 osób (10,57%).

Analiza jakościowo – ilościowa badanej grupy

Zebrano dane na temat poziomu wiedzy ankietowanych dotyczącej zaburzeń psychicznych. Ogółem liczba respondentów, którzy raczej nie lub zdecydowanie nie twierdzą, że ich poziom wiedzy jest dobry, jest minimalnie większa (n=63; 51,22%) od ankietowanych, według których wiedza w zakresie chorób psychicznych stoi na dobrym lub wysokim poziomie (n=60; 48,78%).

Następne pytanie z ankiety dotyczy źródeł wiedzy. Informacje na temat zaburzeń psychicznych z filmów oraz seriali czerpie najmniej liczna grupa (n=10; 8,13%). Nieco więcej osób czerpie wiedzę z materiałów wykładowych i literatury (n=12; 9,76%). Wiedza naukowa to źródło wykorzystywane przez kolejne 19 osób (15,45%). Większość badanych, jako główny środek informacji o chorobach psychicznych, wybrało media; czyli telewizję, Internet i radio (n=82; 66,66%).

Prawie połowa grupy przejawia postawy raczej życzliwe (n=57; 46,34%), a niemal co czwarty ankietowany wyraża zdecydowanie pozytywny stosunek do chorych (n=28; 22,77%). Mniej osób jest obojętnych względem cierpiących na zaburzenia psychiczne (n=23; 18,70%). W grupie o negatywnym nastawieniu jest łącznie 15 respondentów (12,19%).

Następne pytanie ankiety dotyczy tego, czy przebadani mieli w swoim życiu styczność z osobami, u których występują schorzenia psychiczne. Według zebranych informacji taki kontakt deklaruje większość respondentów (n=79; 64,23%), zaś brak takiego doświadczenia wyrażają 23 osoby (18,70%). Pozostałe 21 osób nie wie, czy miało kontakt z osobą chorą (17,07%).

Poniższe pytania dotyczą akceptacji (lub też jej braku) różnych grup społecznych, wśród których można spotkać kogoś z zaburzeniem psychicznym. Tak też według respondentów większość na pewno nie, lub raczej nie odrzuciłaby swoich kolegów/koleżanki ze stwierdzoną chorobą (n=89; 72,36%). Bez określenia strony pozostało 11 osób (8,94%). Następnych 15 ankietowanych deklaruje, że raczej nie zaakceptowałoby choroby znajomej osoby (n=15; 12,20%) a pozostałe 8 osób na pewno by tego nie zrobiło (6,50%).

Stosunek przebadanej grupy do hipotetycznego sąsiada, który mógłby mieć stwierdzoną chorobę psychiczną, rysuje się podobnie do stosunku względem znajomych. Główna różnica w obu grupach jest taka, że brak deklaracji odpowiedzi (trudno powiedzieć) wyraża więcej ankietowanych w niniejszym badaniu (n=20; 16,26%) względem osób, które raczej wyrażają brak akceptacji społecznej (n=8; 6,51%).

Wśród badanej grupy respondentów na temat stosunku względem współpracowników cierpiących na zaburzenia psychicznie w porównaniu do poprzednich wyników, widać ponownie wzrost odpowiedzi „trudno powiedzieć” (n=23; 18,70%). Łączna liczba respondentów o pozytywnym nastawieniu wobec takich współpracowników jest mniejsza (n=72; 58,53%).

W analizie ostatniego pytania dotyczącego akceptacji nauczycieli, jako grupy społecznej z zaburzeniami psychicznymi otrzymano wyniki zbliżone do wyników dotyczących akceptacji sąsiada z zaburzeniem psychicznym. Brak akceptacji nauczycieli z zaburzeniami łącznie deklaruje 16 przebadanych studentów (13,01%), od odpowiedzi wstrzymuje się 20 osób (16,26%), a pozostałe 87 badanych nie widzi przeciwwskazań w akceptacji chorego nauczyciela w swoim otoczeniu (70,73%).

Przedostatni punkt ankiety wykorzystany do realizacji celu tej pracy odnosi się do opinii respondentów na temat nastawienia ogółu społeczeństwa wobec cierpiących na zaburzenia psychiczne. Całkowita większość ankietowanych jest zdania, że ludzkość zdecydowanie

negatywnie postrzega osoby chore (n=115; 93,50%). Pozostałe 8 osób twierdzi odwrotnie (6,50%).

W ostatnim punkcie respondenci zostali zapytani o zapotrzebowanie na różne kampanie społeczne zwiększające poziom wiedzy na temat chorób psychicznych. Jak się okazuje, prawie wszyscy studenci uważają, że takie zabiegi są potrzebne (n=113; 91,87%). Pozostałe 10 osób nie widzi potrzeby na organizację takich przedsięwzięć (8,13%).

Analiza jakościowo – ilościowa badanej grupy

Źródła wiedzy i jej poziom

Zgodnie z pierwszą hipotezą, posiadana przez respondentów wiedza nie stoi na wysokim poziomie i nie jest czerpana z literatury naukowej. Według studentów kierunków technicznych z deklarowanym bardzo wysokim poziomem wiedzy w dziedzinie zaburzeń, główne źródła wiedzy to filmy (n=4; 40,00%) oraz media (n=6; 60,00%).

Nikt z tej grupy nie czerpie wiedzy ze źródeł naukowej i książek. Wśród respondentów o raczej dobrym poziomie wiedzy wyraźnie dominują filmy i seriale (n=27; 54,00%) nad materiałami wykładowymi (n=14; 28,00%). Kolejne 3 osoby w tej grupie doinformowują się przez wiedzę naukową (6,00%), a pozostałe 6 przez media (12,00%). W pozostałych dwóch grupach, których poziom wiedzy na temat zaburzeń jest raczej słaby lub zdecydowanie niski, wyraźnie zwiększa się udział filmów w źródłach wiedzy (dla niski n=37; 77,08%; dla bardzo niski n=14; 93,33%). W grupie o raczej nie za wysokim poziomie wiedzy, najwyższy wynik procentowy wśród źródeł informacji ma wiedza naukowa (n=6; 12,50%). Test niezależności wykonany dla zebranych danych udowadnia, że pomiędzy poziomem wiedzy, a jej źródłem w przebadanej grupie osób istnieje korelacja, ponieważ wartość Chi^2 jest większa od wartości krytycznej, a istotność statystyczna „p” jest mniejsza od poziomu istotności α, wynik jest istotny statystycznie. Wyniki prezentuje Tabela 1.

Tabela 1. Poziom posiadanej wiedzy a źródła jej czerpania

Poziom wiedzy	**Źródła wiedzy**				**Razem**
	Filmy/ seriale	**Materiały wykładowe/ literatura**	**Wiedza naukowa**	**Media**	
	n %	**n %**	**n %**	**n %**	**n %**
Zdecydowanie dobry	**4**	**0**	**0**	**6**	10
	40,00	**0,00**	**0,00**	**60,00**	8,13%
Raczej dobry	**27**	**14**	**3**	**6**	50
	54,00	**28,00**	**6,00**	**12,00**	40,65%
Raczej nie dobry	**37**	**5**	**6**	**0**	48
	77,08	**10,42**	**12,50**	**0,00**	39,02%
Zdecydowanie nie dobry	**14**	**0**	**1**	**0**	15
	93,33	**0,00**	**6,67**	**0,00**	12,20%
Razem	82	19	10	12	123
	66,67%	15,45%	8,13%	9,76%	100%

Chi^2=48,93880/ Chi^2 kr.=16,919/ **p<0,001**

Postawa wobec chorych a wcześniejszy kontakt z nimi

Studenci, którzy w swoim życiu mieli styczność z osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, wyrażają względem nich postawy pozytywne. Zgodnie z problemem badawczym, wyrażane postawy są podyktowane wcześniejszym kontaktem. Jak się okazuje przeprowadzona analiza nie wykazuje takiej zależności - wartość Chi^2 jest mniejsze od odczytanej wartości krytycznej, a wartość p oznacza, że wynik nie jest istotny statystycznie. Wśród ankietowanych o życzliwych postawach, jak i tych o odmiennym nastawieniu, przeważnie dominującą grupą są osoby, które taki kontakt z chorymi miały lub mają stale. Tak też badani o zdecydowanie życzliwych postawach mają największy procentowo kontakt z chorymi (n=23; 82,14%). Zbliżony wynik procentowy prezentują z kolei dwie grupy, to jest „raczej życzliwy" (n=35; 61,40%) oraz „raczej niechętny" (n=7; 63,64%).

Najwięcej osób deklarujących brak kontaktu z cierpiącymi na zaburzenia psychiczne występuje wśród studentów o postawach obojętnych (n=8; 34.78%). Wyróżniającą się grupą studentów jest ta o zdecydowanie niechętnym nastawieniu- wśród tych osób wszyscy mieli kontakt z chorymi (n=4; 100,00%).

Poziom posiadanej wiedzy a akceptacja chorych z zaburzeniami psychicznymi

W niniejszym punkcie zostaną sprawdzone korelacje pomiędzy poziomem posiadanej wiedzy na temat zaburzeń psychicznych a stopniem akceptacji osób cierpiących na choroby psychiczne z różnych środowisk.

Jak wykazuje poniższe badanie wśród ankietowanych o bardzo wysokiej wiedzy z zakresu chorób psychicznych, większość osób nie wyraża braku akceptacji wobec znajomych ze zdiagnozowanymi problemami psychicznymi (n=6; 60,00%). Pozostałe podgrupy uzyskały zbliżone wyniki (n=1; 10,00%). Kolejno w grupach o raczej dobrym poziomie wiedzy, a także w grupie o wiedzy raczej słabej na temat zaburzeń, kwestia akceptacji kolegów/koleżanek wypada na podobnym poziomie. W okolicach 60-80% waha się wartość procentowa osób, które nie miałyby negatywnych odczuć wobec swoich znajomych. Dopiero wśród respondentów deklarujących niski poziom wiedzy, stopień akceptacji jest mniejszy (łącznie n=8; 53,33%), a wyrasta między innymi zdecydowany sprzeciw do tego, by wśród nich były osoby chore (n=3; 20,00%). Jak można odczytać z prezentowanych danych, generalnie posiadany poziom wiedzy nie ma większego wpływu na akceptację osób chorych z grona znajomych. Wszystkie grupy o różnym poziomie wiedzy w większości wyrażają postawy przyjazne względem badanej grupy chorych. Wszelkie obserwowane zależności są, przy założonym poziomie istotności, dziełem przypadku a nie spodziewanym wynikiem. Otrzymany wynik, czyli Chi^2 mniejszy od Chi^2, świadczy o braku występowania korelacji.

Jak wynika z kolejnego badania poziom posiadanej wiedzy koreluje z nastawieniem ankietowanych wobec sytuacji, w której ich sąsiedzi są chorzy psychicznie. Wśród studentów od dobrej i bardzo dobrej edukacji z dziedziny schorzeń psychicznych zjawisko braku akceptacji jest bardzo małe (łącznie n=2; 20,00% dla „zdecydowanie dobry" oraz n=3; 6,00% dla „raczej dobry"). W grupie o dobrej wiedzy łącznie najwięcej osób ma pozytywne nastawienie wobec chorych sąsiadów (n=40; 80,00%). Zbliżony wynik można zaobserwować wśród badanych o zdecydowanie dobrej (n=7; 70,00%) oraz raczej nie dobrej wiedzy (n=32; 66,66%). Mocno wyróżniającą się grupą w niniejszym badaniu są respondenci o bardzo niskiej wiedzy z badanej dziedziny. Wśród nich tylko 6 osób przejawia postawy pozytywne (40,00%), 4 osoby udzieliły odpowiedzi „trudno powiedzieć" (26,67%), a pozostałych

5 ankietowanych wyraża zdecydowany brak akceptacji względem sąsiadów zmagających się z chorobami psychicznymi (20,00%). Wartość Chi^2 dla tego badania jest większa od wartości krytycznej, a p=0,01, wobec czego otrzymany wynik jest istotny statystycznie (Tabela 2).

Tabela 2. Poziom posiadanej wiedzy a akceptacja sąsiadów

Poziom wiedzy	**Brak akceptacji sąsiadów**					**Razem**
	Zdecydow. nie	**Raczej nie**	**Trudno powiedzieć**	**Raczej tak**	**Zdecydow. tak**	
	n %	**n %**	**n %**	**n %**	**n %**	**n %**
Zdecydowanie dobry	4	3	1	1	1	10
	40,00	30,00	10,00	10,00	10,00	8,13%
Raczej dobry	17	23	7	2	1	50
	34,00	46,00	14,00	4,00	2,00	40,65%
Raczej nie dobry	7	25	8	5	3	48
	14,58	52,08	16,67	10,42	6,25	39,02%
Zdecydowanie nie dobry	3	3	4	0	5	15
	20,00	20,00	26,67	0,00	33,33	12,20%
Razem	31	54	20	8	10	123
	25,20%	43,90%	16,26%	6,50%	8,13%	100%

Chi^2=26,347/ Chi^2 kr.=21,026/ **p=0,01**

Największy procentowy udział w akceptacji swoich współpracowników posiadają studenci z bardzo dobrym wykształceniem z zakresu zaburzeń (łącznie n=7; 70,00%). Po jednym respondencie przypadło na każdą z pozostałych podgrup, podobnie jak w poprzednim badaniu. Z kolei wśród respondentów o raczej dobrej wiedzy, łączna liczba ankietowanych o postawach pozytywnych jest niższa (n=33; 66,00%), większej liczbie osób ciężko jest wyrazić opinię (n=10; 20,00%) lub też raczej prezentują postawę braku akceptacji (n=6; 12,00%). Ankietowani, którzy deklarują nie za wysoką wiedzę najczęściej raczej nie przejawiają postaw negatywnych (n=20; 41,67%) ale też wśród tej grupy badanych jest największy procentowy udział odpowiedzi potwierdzających raczej brak akceptacji wobec chorych (n=8; 16,67%). W tym badaniu odpowiedzi w grupie o zdecydowanie niewysokim

poziomie wiedzy są odmienne niż poprzednio. Postawy negatywne wyraża łącznie 6 osób (40,00%), zaś po 3 ankietowane osoby udzieliły odpowiedzi w pozostałych kolumnach (20,00%). Wynik przeprowadzonego badania nie wykazuje istnienia zależności pomiędzy poziomem wiedzy, a prezentowanymi postawami wobec współpracowników.

Ostatni test niezależności dla tego podrozdziału dotyczy akceptacji nauczyciela w przypadku, gdyby okazało się, że jest on leczony psychiatrycznie. Jak wykazały przeprowadzone badania wśród respondentów o wysokim poziomie wiedzy nikt nie wyraża postaw negatywnych, jest tylko jedna osoba, która wstrzymała się od zdania (n=1; 10,00%), zaś znakomita większość deklaruje postawy akceptujące chorego psychicznie nauczyciela (n=9; 90,00%). Wśród ankietowanych o raczej dobrej wiedzy zakresu zaburzeń odpowiedzi są podobne. Znikoma część wyraża negatywną opinię na temat akceptacji chorego (łącznie n=2; 4,00%), 6 osób wstrzymuje się od zdania (12,00%), a pozostali respondenci są raczej lub zdecydowanie pozytywnie nastawieni względem osoby chorej (n=42; 84,00%). Wśród respondentów o niewysokim poziomie wiedzy występuje grupa o najwyższym procentowym udziale odpowiedzi „trudno powiedzieć" (n=10, 20,83%) oraz jest wyraźnie więcej ankietowanych o negatywnych postawach (łącznie n=9; 18,75%). Ostatnia grupa, czyli badani deklarujący niską edukację z zakresu zaburzeń psychicznych, wyróżnia się najwyższym udziałem ankietowanych nieakceptujących osoby chorego nauczyciela (n=5; 33,33%) oraz najniższym udziałem osób, które wyrażają postawy pozytywne (n=7; 46,67%). Przeprowadzona analiza wykazała istnienie korelacji ($Chi^2 > Chi^2$ kr.), a p=0,004 potwierdza poprawność analizy i oznacza, że wynik jest istotny statystycznie. Dane zebrano w Tabeli 3.

Potrzeba prowadzenia kampanii a negatywne postrzeganie chorych przez społeczeństwo

Ostatnie badanie poruszyło kwestię istnienia zależności pomiędzy potrzebą na organizację kampanii społecznych na temat zaburzeń psychicznych a negatywnym postrzeganiem osób chorych przez całe społeczeństwo. Według badanej grupy studentów większość społeczeństwa raczej negatywnie postrzega osoby z zaburzeniami oraz w społeczeństwie istnieje zapotrzebowanie na organizację kampanii społecznych (n=107; 94,69%). W grupie osób, według których prowadzenie kampanii uświadamiających nie jest potrzebne, również opinia o negatywnym postrzeganiu osób chorych jest wysoka (n=8; 80,00%). Dla przyjętego poziomu istotności α przeprowadzone badanie nie wykazuje istnienia zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Zarówno osoby, które uważają, że kampanie społeczne są potrzebne oraz te o odmiennym zdaniu, w zdecydowanej większości uważają, że społeczeństwo raczej nie postrzega osób chorych pozytywnie.

Tabela 3. Poziom posiadanej wiedzy a akceptacja nauczyciela

Poziom wiedzy	**Brak akceptacji nauczyciela**					**Razem**
	Zdecydow. nie	**Raczej nie**	**Trudno powiedzieć**	**Raczej tak**	**Zdecydow. tak**	
	n %	**n %**	**n %**	**n %**	**n %**	**n %**
Zdecydowanie dobry	**7**	**2**	**1**	**0**	**0**	10
	70,00	20,00	10,00	0,00	0,00	8,13%
Raczej dobry	17	25	6	1	1	50
	34,00	50,00	12,00	2,00	2,00	40,65%
Raczej nie dobry	7	22	10	6	3	48
	14,58	45,83	20,83	12,50	6,25	39,02%
Zdecydowanie nie dobry	**1**	**6**	**3**	**2**	**3**	15
	6,67	40,00	20,00	13,33	20,00	12,20%
Razem	31	54	20	8	10	123
	26,02%	44,72%	16,26%	7,32%	5,69%	100%

Chi^2=28,90/ Chi^2 kr.=21,026/ **p=0,004**

DYSKUSJA

Celem prezentowanego badania było określenie czynników, które determinują postawy wobec osób cierpiących na schorzenia psychiczne studentów kierunków technicznych, czyli grupy społecznej, która z problematyką psychiatrii w codziennym życiu ma niewiele wspólnego. Próbując zrealizować powyższy cel, postawiono problem główny oraz szereg problemów szczegółowych oraz odpowiadające im hipotezy. Dzięki wykonaniu tematycznej ankiety dla badanej grupy studentów, przygotowane hipotezy zostały poddane testom niezależności, które wykazały różne interesujące wyniki dotyczące postaw respondentów. Rezultaty przeprowadzonych badań nie zawsze pokrywały się z pierwotnymi założeniami. Kilkukrotnie to hipoteza zerowa, czyli odpowiadająca za brak istnienia korelacji była tą prawidłową. Oczywiście, z merytorycznego punktu widzenia otrzymanie rezultatu odwrotnego od spodziewanego wcale nie oznacza, by badanie było wykonane niepoprawnie, czy też przez brak osiągnięcia spodziewanego skutku, by było mniej ważne. Zarówno wyniki istotne statystycznie, jak i te nieistotne mają tą samą wartość dla przeprowadzanego doświadczenia.

Tak też źródła wiedzy, z której ankietowani czerpią informacje dotyczące chorób psychicznych zależne są od prezentowanego poziomu wiedzy. Poziom ten faktycznie nie jest wysoki, ale też nie jest bardzo niski - jest zwyczajnie średni, zaś literatura nie stanowi głównego źródła wiedzy. Przeważnie są to filmy. W kwestii postaw społecznych wobec chorych okazuje się, nie są one zależne od poprzedniego kontaktu z chorymi, gdyż w każdej grupie prezentującej pewne postawy, większa część badanych taki kontakt miała i nie widać wyraźnego wpływu odbytego kontaktu na prezentowanie postaw życzliwych. Kolejny obszerny punkt tych badań dotyczył akceptacji różnych grup społecznych w korelacji z poziomem prezentowanej wiedzy, jak wynika z badań niższy poziom wiedzy badanych determinuje postawy negatywne. Badania, które przeprowadzali Bogna Wciórka i Jacek Wciórka także udowadniają, że brak wiedzy społeczeństwa na temat zaburzeń psychicznych kieruje negatywnymi przekonaniami, stereotypami, które prowadzą do z kolei stygmatyzacji osób chorych. Powtarza się przekonanie o wstydliwości chorób psychicznych, które nadal należy ukrywać [33]. Badania tych autorów wskazują też, że osoby chore psychicznie są częściej wyśmiewane, krzywdzone, skłonne do samobójstwa, postrzegane jako niebezpieczne i agresywne. Jak wskazało ich badanie, w społeczeństwie polskim istnieje duży lęk przed zaburzeniami psychicznymi [23].

Rezultaty wskazują na to, że niezależnie od posiadanego poziomu wykształcenia w dziedzinie zaburzeń psychicznych, respondenci zdecydowanie lub raczej wyrażają postawy akceptujące wobec kolegów i współpracowników. Z drugiej strony zaobserwowano zależność względem takich grup społecznych jak sąsiedzi i nauczyciele - w tych grupach wykazano, że niższy poziom wiedzy ma większy wpływ na istnienie postaw bardziej negatywnych. Ostatnie badanie również nie wykazało istnienia korelacji. Zarówno studenci, którzy uznają kampanie społeczne za potrzebne, jak i tacy, którzy nie widzą zapotrzebowania na takie rozwiązanie przeważnie są zdania, że społeczeństwo negatywnie postrzega osoby chore psychicznie.

W tematyce postaw społecznych wobec chorych psychicznie powstało wiele prac badawczych oraz książek edukacyjnych. Warto zwrócić uwagę na podobne badania przeprowadzone w przeszłości. Należy zauważyć, że zaburzenia psychiczne w życiu codziennym to nie tylko ostre choroby jak psychoza czy schizofrenia, ale również na przykład depresja. Choroba ta często nie daje zbyt wielu widocznych objawów a nieleczona może prowadzić nawet do samobójstw osób doświadczających ciężkiego jej przebiegu. Na rok 2012 aż 350 mln osób cierpiało na depresję [41]. Z przeprowadzonego badania można odczytać ciekawą informację dotyczącą doinformowania respondentów o zdrowiu i chorobach psychicznych. Okazuje się, że niecała połowa ankietowanych (45,00%) czuje się wystarczająco doinformowana w tym zakresie. Pozostałe osoby albo chcą rozwinąć swoją wiedzę ale także

nie czują takiego zapotrzebowania. Wynik tego badania współgra z rezultatami niniejszego kwestionariusza, gdzie poziom wiedzy ankietowanych w kwestii chorób psychicznych nie jest zły ale pozostawia spory zapas do wyraźnego rozwoju, a co za tym idzie do rozpowszechniania kampanii społecznych. W badaniu Rudzkiej [42] respondenci zapytani o stosunek do chorób psychicznych osiągnęli wynik wyższy niż respondenci w tej pracy (postawy życzliwe 91,00% do 69,11%). Również w pracy Rudzkiej został poruszony temat akceptacji społecznej osób chorych wywodzących się z różnych środowisk. Stanowisko respondentów względem kolegów, sąsiadów czy współpracowników jest przeważnie pozytywne, natomiast w przypadku nauczyciela dziecka osoby badanej wynik jest bardzo negatywny - niemal 50% respondentów wyraża brak akceptacji wobec takiej sytuacji, ale warto zauważyć, że poziom tej niechęci spada wraz z poziomem wykształcenia ankietowanych. Podobne wyniki badań uzyskały w swoich badaniach Sułowska i Kubacka-Sztompka, gdzie badane były osoby najbliższe chorego. W tym przypadku okazało się, że postawa wobec chorych bliskich jest życzliwa, pełna tolerancji i zrozumienia, a dalsza opieka nad chorym będzie bardziej uważna i cierpliwa.

Konkludując przeprowadzone badania można stwierdzić, że wiedza a właściwie jej niedostateczny poziom w społeczeństwie, podparty brakiem solidnych podstaw i wymagający doedukowania przez prowadzenie społecznych działań, jest główną przyczyną występowania postaw negatywnych, aczkolwiek warto zauważyć, że w ogólnym rozrachunku stosunek studentów z przebadanej grupy jest pozytywny niezależnie od posiadanego poziomu wiedzy. Wyniki badań własnych wykazały, że respondenci są zdania, iż istnieje potrzeba organizacji kampanii społecznych dotyczących zaburzeń psychicznych ze względu na konieczność zmiany negatywnego postrzegania osób z zaburzeniami, co pokrywa się z doniesieniami Świtaja, który twierdzi, że ostatnie dziesięciolecia nie pokazały, aby pojawiły się pozytywne zmiany w postawach społeczeństwa wobec osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi, zaś integracji z nimi towarzyszy brak zaufania i dystans społeczny [43].

WNIOSKI

Wniosek główny

Czynniki kształtujące postawy studentów kierunków technicznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi to wiedza na temat zaburzeń oraz posiadanie w swoim otoczeniu osób ze schorzeniami psychicznymi.

Wnioski szczegółowe

1. Wiedza respondentów jest potoczna, najczęściej pochodzi z filmów. Literatura naukowa nie jest głównym źródłem wiedzy badanych lecz mass media.
2. Postawy studentów kierunków technicznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są przeważnie pozytywne i nie zależą one od uprzedniego kontaktu z chorymi.
3. Istnieje związek pomiędzy wiedzą na temat zaburzeń psychicznych a postawą prezentowaną wobec chorych. Im wyższy poziom wiedzy tym wyższy poziom akceptacji różnych grup społecznych ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznym.
4. Większość badanych jest zdania, że społeczeństwo raczej negatywnie postrzega osoby z zaburzeniami oraz w społeczeństwie istnieje zapotrzebowanie na organizację kampanii społecznych. W grupie osób, według których prowadzenie kampanii uświadamiających nie jest potrzebne, również opinia o negatywnym postrzeganiu osób chorych jest wysoka. Nie występuje zależności pomiędzy tymi zmiennymi.

Wnioski postulatywne

Media odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu postaw społecznych poprzez wzmacnianie, ale wielokroć też przez powielanie istniejących stereotypów dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi; mogą przyczyniać się do stygmatyzacji osób chorujących psychicznie i ich rodzin ale też mogą kształtować pozytywny obraz tej grupy osób, stąd też należy wdrożyć metody i narzędzia nadzoru nad zawartością merytoryczną różnych środków przekazu społecznego, mając na uwadze, że w niwelowaniu negatywnego postrzegania chorób psychicznych i osób z zaburzeniami niezmiernie istotną rolę pełnią kampanie społeczne, uświadamiające, które w przyjazny sposób mogą przybliżyć obraz osoby z zaburzeniami psychicznymi. Z przeprowadzonych badań wynika, że wiedza jest kluczem do zmniejszania dystansu społecznego wobec problematyki zdrowia psychicznego, stąd też należy podjąć wysiłek aby już od najwcześniejszych etapów edukacji człowieka ten aspekt życia człowieka znalazł swoje odbicie w procesie edukacyjno-wychowawczym.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A.: Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
2. Korzeniowski L., Pużyński S.: Encyklopedyczny Słownik Psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986.

3. Czocha P., Kurpas D.: Chorzy psychicznie w odbiorze społecznym. Family Medicine & Primary Care Review 2011; 13(2): 147-150.
4. Grzywa A.: Kultura a zaburzenia psychiczne. Psychiatria 2017; 14(3): 129-134.
5. Podbrożna S.: Postawy społeczne wobec chorych psychicznie. Puls Uczelni 2012; 6(4): 10-15.
6. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J.: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
7. Grzywa A. (red.): Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Czelej, Lublin 2007.
8. Ułanowicz A., Jacennik B.: Obraz zdrowia i choroby psychicznej w wybranych tytułach polskiej prasy [w:] Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną, Jacennik B., Hulewska A., Piasecka A. (red.). Vizja Press@IT, Warszawa: 86-106.
9. Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J., Sartorius N.: Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego. Psychiatria Polska 2017; 51(3): 407-411.
10. Grzywa A.: Omamy i urojenia. Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2000.
11. Sozańska D.: Między fascynacją a dystansem. Społeczny odbiór osób chorych psychicznie a ich wizerunek w kulturze masowej - analiza wybranych przypadków. LABOR et EDUCATIO 2014; 2: 106.
12. Pużyński S.: Choroba psychiczna - problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. Psychiatria Polska 2007; XLI(3): 300.
13. Wrzosek M.: Rola mitu i stereotypu w kształtowaniu rzeczywistości społecznej. .ttps://cyberpolicy.nask.pl/rola-mitu-i-stereotypu-w-ksztaltowaniu-rzeczywistosci-spolecznej/ data pobrania 11.07.2022.
14. Kurpas D., Miturska H., Kaczmarek M.: Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2009.
15. Bilikiewicz A. (red.): Słownik terminologiczny. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2006.
16. Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: Wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO. Wyd. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
17. Kmiecik Z.: Losy wariata i głupka w państwie i społeczeństwie. Copyright by Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2017.
18. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 (Dz. U. 1994 Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).

19. Jabłońska E., Błądkowska K., Bronkowska M.: Zaburzenia odżywiania jako problem zdrowotny i psychospołeczny. KOSMOS 2019; 68(1): 121-132.
20. Piłat -Borcuch M.: Pomiędzy tożsamością osobową a postawą społeczną. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie 2013; 65: 325.
21. Major M., Ulman P.: Charakterystyka wybranych postaw społecznych w Polsce. Analiza statystyczna. Zeszyty Naukowe nr 847 Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, 2011.
22. Kmieciak B.: Choroba psychiczna - cierpienie, które zmieniło prawo. Ethics in Progress 2014; 52(2): 115-128..
23. Jaracz B., Jaracz K., Grabowska-Fudala B., Górna K.: Postawy społeczne wobec chorób psychicznych i chorych psychicznie - przegląd badań. Pielęgniarstwo Polskie 2011; 1(39): 18-23.
24. Kochański A., Cechnicki A.: Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie. Psychiatria Polska 2017; 51(1): 29-44.
25. Doroszewska A. i wsp.: Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi. Warszawa, 10 października 2020.
26. Syrkiewicz-Świtała M., Holecki T., Wojtynek E.: Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. MONZ 2014; 20(2): 171-176.
27. Zadarko-Domaradzka M., Zadarko E.: Nowe media jako narzędzie edukacji zdrowotnej i modelowania zachowań współczesnego społeczeństwa. Edukacja-Technika-Informatyka 2017; 1(19).: 266-272.
28. Szymczuk E., Zajchowska J., Dominik A., Makara-Studzińska M., Zwolak A., Daniluk J.: Media jako źródło wiedzy o zdrowiu. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17(4): 165-168.
29. Stout P.A., Villegas J., Jennings N.A.: Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. Schizophr Bull 2004; 30(3): 543-561.
30. Jackowska E.: Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię - przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. Psychiatria Polska 2009; XLIII(6): 655-670.
31. Kowalik S.: Psychologia rehabilitacji. Wyd. Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007; 69-71.
32. Świtaj P.: Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. IPiN, Warszawa 2008; 25-27.

33. Wciórka B., Wciórka J.: Stereotyp i dystans - choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). Postępy Psychiatrii i Neurologii 2000; 9: 353-382.
34. Dziwota E.: Stygmatyzacja osób chorych psychicznie. Current Problems of Psychiatry 2014; 15(1): 18-23.
35. Dyduch A., Grzywa A.: Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z choroba psychiczną. Polski Merkuriusz Lekarski 2009; XXVI(153): 263—267.
36. Tyszkowska M., Podogrodzka M.: Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych - czynniki bezpośrednio związane z leczeniem psychiatrycznym. Psychiatria Polska 2013; 47(6): 1011-1022.
37. Goffman E.: Rozważania o zranionej tożsamości. GWP, Gdańsk 2005.
38. Czerniak A.: O piętnujących i piętnowanych - psychologiczne aspekty relacji piętnowania. Państwo i Społeczeństwo 2016; XVI(1): 11-27.
39. Glinowiecki M.: Schizofrenia w rodzinie a system wsparcia społecznego. Analiza socjologiczna. Praca doktorska. Uniwersytet Warszawski Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Katedra Studiów Rodziny i Patologii Społecznej, Warszawa 2017: 1-353.
40. Wojda P.: Przeciwdziałanie stygmatyzacji chorych psychicznie w praktyce pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo Polskie 2020; 1(75): 41-47.
41. Boguszewski R.: Zdrowie psychiczne Polaków. Centrum badania opinii społecznej, Warszawa 2012.
42. Omyła-Rudzka M.: Stosunek do osób chorych psychicznie. Centrum badania opinii społecznej, Warszawa 2012.
43. Mroczek B., Wróblewska I., Kędzierska A., Kurpas D.: Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16(3): 263-265.

ŚMIERĆ PNIA MÓZGU A TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW

Sylwia Stankiewicz[1], Krystyna Klimaszewska[2]

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Ratowanie ludzkiego życia i zdrowia jest priorytetem dla ochrony zdrowia. Wielu naukowców uważa, że transplantologia jest cudem i porażką współczesnej medycyny. Mimo licznych osiągnieć w medycynie, a w szczególności dziedzinie - transplantologii, nadal nie potrafimy odwrócić procesów chorobowych. Transplantologia musi się borykać z wieloma dylematami naukowymi, moralnymi, prawnymi przezwyciężenie tych przeszkód daje szansę na drugie życie i nadzieje tysiącom chorym na odzyskanie zdrowia.

ROZWINIĘCIE

Transplantacja

Transplantacja jest techniką medyczną pozwalającą na ratowanie życia poprzez uzupełnienie brakujących elementów ciała. Jest to: wyrównywanie ubytku w ustroju przez operacyjne przeniesienie tkanek lub narządów.

W Uchwale Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 roku stwierdzający, że transplantacja „jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę na przedłużenie życia" [1]. Na podobne rozumienie transplantacji wskazuje jej zdefiniowanie zawarte w dokumentach unijnych tj. dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2004 roku: „transplantacja tkanek i komórek ludzkich jest prężnie rozwijającą się dziedziną medycyny, dającą ogromne możliwości leczenia chorób dotychczas nieuleczalnych. Stwarza również szansę na podnoszenie, jakości życia u ciężko chorych pacjentów" [2].

Dokonania i osiągnięcia transplantologii

Wkład wielu odkryć z różnych dziedzin nauki na całym świecie miał wpływ na rozwój medycyny transplantacyjnej. Na początku XX wieku, austriacki chirurg Emerich Ullmann, pobrał nerkę od psa i wszczepił do naczyń szyjnych zwierzęcia co umożliwiło ponowne wydzielanie moczu .

W Stanach Zjednoczonych w roku 1954 chirurg Maurray przeszczepił nerkę u bliźniąt jednojajowych- przeszczep zakończył się powodzeniem, chirurg za pionierski zabieg otrzymał otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny, przeszczep serca w 1967r. zespół Christiana Bernarda [3].

W Polsce pierwszy udany przeszczep nerki odbył się 1996 r. dokonał do prof. Jan Nielubowicz z swoim zespołem w I Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie.

- ✓ 4 stycznia 1969 roku Jan Moll w Klinice Kardiochirurgii Akademii Medycznej w Łodzi jako pierwszy w Polsce przeprowadził przeszczep serca. Pacjent zmarł - przyczyna leżała w niewłaściwym doborze biorcy.
- ✓ 5 listopada 1985 r. odbył się przełom w tej dziedzinie za sprawą prof. Zbigniewa Religi wraz ze stworzonym przez siebie zespołem (Andrzej Bochenek, Jerzy Wołczyk, Marian Zembala, Bogusław Ryfiński) w Klinice w Zabrzu, po raz pierwszy w Polsce, dokonał udanego przeszczepienia serca, bez prawnych regulacji określających pobranie narządów przy bijącym sercu od osób zmarłych, po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgu.
- ✓ Trzeciego grudnia 1987 roku Stanisław Zieliński jako pierwszy w Polsce w Szczecinie przeszczepił wątrobę.
- ✓ 24 października 2001 roku w Zabrzu zespół M. Zembalę przeprowadził zakończoną powodzeniem jednoczasową transplantację serca i płuc.
- ✓ 2 kwietnia 2006 r. – Jerzy Jabłecki ordynator Oddziału Chirurgii Urazowej i Replantacji Kończyn w Trzebnicy przeszczepił rękę.
- ✓ W 2008 r. pierwsze przeszczepienia wysepek trzustkowych- zespół prof. Andrzeja Chmury z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego im. Dzieciątka Jezus w Warszawie, dał nadzieję na nową jakość życia pacjentom chorym na cukrzyce.
- ✓ W 2013 r. zespół prof. Adama Maciejewskiego w Gliwickim Centrum Onkologii przeprowadził pierwszą na świecie, operację ratująca życie - przeszczepianie twarzy.

Dziś są wykonywane przeszczepy serca, nerek, wątroby, trzustki, płuc, jelit a także kończyn, komórek krwiotwórczych, elementów kostnych i rogówek oka. Postęp medycyny w dziedzinie transplantologii sprawił, ze o ponad połowę obniżyła się liczba powikłań w porównaniu do przeszczepów wykonywanych na początku XX wieku, biorca nerki może żyć po przeszczepie dodatkowo 40 lat, biorca wątroby najdłużej żył 30 lat, biorca serca 23 lata, biorca trzustki 18 lat, biorca płuc 13 lat [4].

Rodzaje transplantacji

Rodzaje przeszczepów ze względu na kryterium zgodności genetycznej dawcy i biorcy:

- autoprzeszczep (przeszczepy autogeniczne, autologiczne, autografy, własnopochodne) – jest to przeszczep tkanki w obrębie tego samego organizmu (np. przeszczep skóry, bądź tkanka kostna);
- izotransplantacja (przeszczepy izogeniczne, syngniczne, isografy) –wykonywany pomiędzy identycznymi jednostkami pod względem genetycznym, (np. bliźniętami jednojajowymi);
- homotransplantacja (przeszczepy allogeniczne, homologiczne, allografty) – przeszczep wykonany między jednostkami tego samego gatunku, (np. pomiędzy jednostkami ludzkimi);
- heterotransplantacja (przeszczepy heterologiczne, ksenogeniczne, heterografy, xenografy, ksenotransplantacja)- przeszczep organów wykonany między jednostkami dwóch różnych gatunków, (tj. zwierzę – człowiek);
- alloplastyka- przeszczep sztucznego przedmiotu (np. zastawka, implant).

Rodzaje przeszczepów rozdzielające miejsce przeszczepienia:

- **ortotopowe**- na miejsce niesprawnego narządu umieszcza się inny narząd (np. przeszczep serca)
- **heterotropowe**- polegające na umieszczeniu narządu w innym miejscu niż anatomiczne miejsce (np. przeszczep nerki).

Pochodzenie przeszczepionego narządu ma wpływ na podział:

- ***ex vivo***- od żywego dawcy dokonuje się pobrania, pobrany organ nie naraża na śmierć ani kalectwo dawcy
- ***ex mortuo***- pobieranie narządów od zmarłego dawcy (po stwierdzeniu komisyjnie śmierci człowieka) [5].

Podstawy prawne transplantacji

W Polsce aktem prawnym zawierającym postepowanie w transplantacji narządów jest *Ustawa z dn. 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* tzw. Ustawa Transplantacyjna [6].

Ustawa o transplantacji

Określa ona zasady pozyskiwania dawców oraz zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej, tkanek i narządów pochodzących od żywego lub zmarłego dawcy. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepu jest możliwe tylko po orzeczeniu przez komisję - śmierci mózgu. Ustawa mówi tez o oddaniu narządu przez dawcę żywego, przeszczep tego typu dotyczy osób spokrewnionych lub małżonków - do jego wykonania wystarczy pisemna zgoda przyszłego dawcy. Przeszczep narządu od dawcy żywego, który nie jest osobą z rodziny, musi zostać usankcjonowany opinią komisji transplantacyjnej oraz zgodą sądu. Ustawa określa również zasady doboru biorcy.

Handel narządami i ich przekazywanie w zamian za korzyści finansowe, materialne jest zabroniony [6].

Zgoda domniemana

Kontrowersje na temat zgody na pobranie organów unormowano na całym świecie, wymagane jest uzyskanie świadomej zgody. Model zgody wyraźnej polega na wykazaniu, że potencjalny dawca za życia wyraził świadomą zgodę bycia dawca po śmierci. Model zgody domniemanej przyjmuje przyzwolenie na wykorzystanie swoich narządów po śmierci, o ile nie ma żadnych dowodów na to, że osoba zmarła za życia nie wyraziła sprzeciwu do bycia dawcą – formę sprzeciwu reguluje państwo [7].

W Polsce praktykowany jest model zgody domniemanej reguluje art. 5 § 1 *Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,* w którym czytamy: „Pobieranie komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia, można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu".

Natomiast w art. 6 § 1 tego dokumentu stwierdza się, że sprzeciw wyraża się w formie:

- „wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich,
- oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis,
- oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego" [7].

Sprzeciw może być wycofany w każdej chwili w formie pisemnej lub ustnej – w obecności min. dwóch świadków.

Poza Oświadczeniem o Sprzeciwie, istnieje Oświadczenie Woli, w którym człowiek może wyrazić swoją zgodę na pośmiertne wykorzystanie komórek, tkanek i narządów. Po śmierci lekarz jest zobowiązany upewnić się, że osoba nie jest zarejestrowana w CRS i upewnić się czy osoba za życia, ustnie nie wyraziła sprzeciwu. W świetle obowiązującego w Polsce modelu zgody domniemanej, lekarz nie ma obowiązku pytania o zgodę bliskich zmarłego na pobranie narządów.

Centralny rejestr sprzeciwów (CRS) jest to ogólnokrajowy rejestr obecny w Polsce od 1996 r., w którym można zgłosić swój sprzeciw na użycie swoich komórek, tkanek i narządów do transplantacji po własnej śmierci. Rejestr działa na podstawie Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 1969. 1411) i Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r.w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze. Dane na temat ilości osób zarejestrowanych w CRS są zamieszczone w Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant” [7].

Procedura rozpoznania i stwierdzenia śmierci

Większość narządów i tkanek do przeszczepu pobiera się ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu na zostanie dawcą. Nerki, serce, płuca, wątrobę, trzustkę, jelito i rogówki pobiera się od osoby zmarłej, gdy zostaną wyczerpane wszystkie możliwe dostępne metody leczenia i u których stwierdzono komisyjnie śmieć mózgu. Na międzynarodowym spotkaniu ekspertów, które odbyło się w Montrealu w 2012 r., opracowano uniwersalną definicję śmierci w brzmieniu: "*Śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie "trwałe" oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji"* [8].

W Polsce narządy do przeszczepienia mogą być pobrane od osób z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu i po rozpoznaniu śmierci mózgu (kryterium neurologiczne) oraz od osób zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia (kryterium krążeniowe) [8].

Kryterium neurologiczne obowiązuje od 1996 r. śmierć mózgowa występuje, gdy pacjent samodzielnie nie oddycha, przebywa w śpiące w badaniach, o których mowa „*Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu” (M.P. 2020 Poz. 73 tom 1) wykazano nieodwracalne uszkodzenie mózgu.*

Śmierć mózgu stwierdzana jest przez komisje złożoną z 3 lekarzy specjalistów (w tym specjalisty z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii oraz neurologii lub neurochirurgii i dodatkowy lekarz innej specjalności) po rozpoznaniu u potencjalnego dawcy śpiączki i określeniu jej przyczyny, stwierdzeniu nieodwracalności uszkodzenia mózgu, wykluczeniu zatrucia, poważnych zaburzeń metabolicznych i endokrynologicznych oraz po przeprowadzeniu badań klinicznych, oceniających czynność mózgu (badania odruchów z pnia mózgu, badanie trwałości bezdechu). W niektórych przypadkach wykonywane są badania elektrofizjologiczne (np. EEG) lub badania radiologiczne (np. arteriografia tętnic mózgowych, scyntygrafia mózgu). Rozpoznanie śmierci pnia mózgu, jest równoznaczne ze stwierdzeniem śmierci człowieka, mimo utrzymującej się czynności serca. Po stwierdzeniu śmierci mózgu zanika napęd oddechowy i respirator wentyluje zwłoki, podtrzymując funkcję życiowe narządów - ustaje obowiązek kontynuowania leczenia. Po komisyjnym stwierdzeniu śmierci, komisja sporządza ze swojego postępowania protokół – protokół śmierci mózgu, a w przypadku jakiejkolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci mózgu komisja odstępuje od jej stwierdzenia. Zapisy prawne mówią, że członkowie komisji nie mogą brać bezpośredniego udziału w pobraniu i przeszczepieniu narządów od tego dawcy eliminuje ewentualny konflikt interesów [8, 9].

Śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia (stwierdzenie śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych). Nowelizacja ustawy transplantacyjnej „*Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie sposobu i kryteriów i sposobów stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia”.* Wytyczne mówią o tym, że; narządy mogą być pobrane po 20 minutach nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz 5 minutową obserwacją (bez prowadzenia resuscytacji), w czasie której potwierdza się brak tętna na dużych naczyniach, brak spontanicznego oddechu i brak odruchów z pnia mózgu w badaniu neurologicznym. Rozpoznanie zgonu w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia, poprzedzające pobranie narządów, potwierdza 2 specjalistów z następujących dziedzin medycyny: anestezjologia i intensywna terapia, medycyna ratunkowa, choroby wewnętrzne, kardiologia, kardiologia dziecięca. Pomimo, że wprowadzone regulacje umożliwiły dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia, dotychczas tego typu pobrań w Polsce nie było [10].

Organizacja procesu transplantacji

Procedury koordynowania przeszczepia narządów nie da się dokładnie zaplanować co do miejsca i czasu jej realizacji, jest to bardzo czasochłonna, wymaga zaangażowania wielu zespołów wielodyscyplinarnych. W skład wchodzą: zespoły opiekujące się dawcą, lekarze zgłaszający, konsultanci, pracownicy laboratorium, zakładów radiologicznych, bakteriologii, personel bloku operacyjnego, zespoły transplantacyjne, pracownicy Poltransplantu, zespoły przeszczepiające, prowadzące biorcę po transplantacji. Działania związanie z zabiegiem pobierania i przeszczepiania narządów nadzorują koordynatorzy na kilku szczeblach: koordynator lokalny (szpital zgłaszający dawcę), regionalny (regionalny ośrodek transplantacyjny) i centralny (Polstansplant) [11].

Koordynator transplantacji po zgłoszeniu potencjalnego dawcy dokonuje oceny klinicznej: przyczyny śmierci; stwierdzeń i wykluczeni oraz wysunięciu podejrzenia śmierci mózgu; zapoznaniu się z przebiegiem choroby i chorobami przebytymi oraz wykluczenie występowania: • przeciwwskazań bezwzględnych; • przeciwwskazań względnych; • uzależnienia od narkotyków. wykonaniu niezbędnych badań wykluczających ryzyko pobrania i przeszczepiania.

Bezwzględne przeciwwskazania do pobrania narządów

- nowotwory wywiadzie z wyjątkiem niektórych nowotworów mózgu niebędących czerniaka nowotworów skóry niedających przerzutów nowotwory w miejscu szyjki macicy,
- dawca z dodatnim wynikiem HIV,
- posocznica oporna na leczenie lub nieleczona o znanym pochodzeniu,
- miażdżyca uogólniona,
- obecności przeciwciał przeciwko antygenomowi zapalenia wątroby typu C stanowią bezwzględne przeciwwskazanie do wszczepienia nerki biorcy z anty HCV(-) organ taki może być wszczepiony biorcy HCV9(+) jeśli wyrazi na to zgodę,
- istnienie antygenu zapalenia wątroby typu B,
- choroby uszkadzające narządy - kolagenoza, choroby naczyń amyloidoza, twardzina.

Względne przeciwwskazania do pobrania narządów:

- schorzenia sercowo naczyniowe niedokrwienna choroba serca, choroby naczyń obwodowych, przy mijający atak niedokrwienny, niedowład, wylew,
- wiek dawcy powyżej 70 roku życia,
- długo trwająca cukrzyca i jej skutki narządowe,

- przeciwciała anty HBC,
- długi czas stosowania środków farmakologicznych działających toksycznie na określone narządy,
- alkoholizm trzustka, wątroba, serce, nerki– rzadziej [11].

Najważniejsze zasady alokacji narządów

Kryterium przewidywalnego czasu przeżycia pacjenta i przeszczepu; zgodność tkankowa(immunologiczna), stosunek masy ciała dawcy do biorcy (anatomiczny). Pilność przeszczepu nadawanie pierwszeństwa na liście oczekujących np. w przypadku otrzymania nerki warunkiem jest utracenie możliwości dializowanie, a wątroby to między innymi ostra niewydolność wątroby. Wydłużający się okres czekania na narząd zmniejsza szanse na przeszczep, gdyż następuję pogorszenie stanu zdrowia pacjenta (spełnianie kryteriów medycznych). Ważnym czynnikiem są uwarunkowania geograficzne trzeba pamiętać o uwzględnieniu odległości jednostki pobierającej organ i zespołu transplantacyjnego. Zazwyczaj organ dawcy zostaje oddany do dyspozycji lokalnej społeczności, do której przynależał dawca z powodu żywotność organu, skraca się wraz z upływem czasu transportu. Najbardziej dyskusyjnym kryterium jest wiek biorcy, wzbudza podejrzenie o dyskryminacji osób starszych. Starsza społeczność otrzymuje narządy o niższej żywotności [12].

Wielonarządowe pobrania są skomplikowane pod względem logistycznym i technicznym, od jednego zmarłego dawcy pobierane są, narządy do przeszczepienia. Każdy narząd ma określony bezpieczny czas zimnego niedokrwienia (czas od początku zatrzymania krążenia krwi aż do momentu umieszczenia narządu w ciele biorcy), który nie powinien być przekroczony, czasy się różnią w poszczególnych narządach, koordynacja zespołów transplantacyjnych, może być kluczowa dla sukcesu samego przeszczepienia. aby czas niedokrwienia narządu skrócić do minimum. W przypadku transplantacji nerek, czas dopuszczalnego zimnego niedokrwienia jest najdłuższy (ok. 48 h). Z powodu konieczność typowania immunologicznego biorcy nerki oraz wykonania u niego dializy w macierzystym ośrodku dializacyjnym, czas oczekiwania na przyjazd biorcy wydłuża się [12].

Aspekty moralno - etyczne i kontrowersje w transplantologii

Transplantologia wzbudza wiele obaw etyczno moralnych, ciągle trwają rozważanie w wielu środowiskach: medycznym, psychologicznym, etyki, wśród osób duchownych, filozofii, socjologii jak i w całym społeczeństwie. Problematyczność odbioru transplantacji może wynikać z wielu powodów: trudność akceptacji orzeczenia przez bliskich śmierci

człowieka, różnie stanowisko etyczne dawców i biorców, aspekty ekonomiczne, jak i również obawa prze handlem narządami, mało informacji dostępnych w kampaniach informujących społeczeństwo o transplantacji [13].

Kwestie świadomości medycznej ciągle wzrasta, lecz zbyt wolno. Strach, nieznajomość aspektów medycznych społeczeństwa i uprzedzenia towarzyszące dawca i biorca mogą wynikać z: obawy odczuwania i leku przed przejęciem narządu innej osoby do własnego ciała, strach ze może się zmienić osobowość biorcy. Brak wyrażenia zgody najczęściej u osób starszych może wynikać z tego, że dawca „stając" przed Sądem Ostatecznym będzie okaleczony, wiele osób uważa, że ciało człowieka ma integralna całość z dusza. Bardzo często transplantologia jest utożsamiana z brakiem szacunku i poszanowania ciała dawcy. Dokonania medyczne w transplantacji przynoszą wiele korzyści dla osób cierpiących z powodu skrajnej niewydolności narządów, pacjenci po zabiegu przeszczepu narządu, żyją coraz dłużej, musza być objęci opieka medyczna przez cały czas, musza przyjmować leki immunosupresyjne oraz zmienić tryb życia [13].

Jak wykazują badania jednym z argumentów przeciwników przeszczepów narządów jest kanibalizm medyczny odnosi się do traktowania ciała po procedurze jak i również traktowanie ciała jako surowca, materiału do dalszego opracowania. Organizm dawcy po śmierci widziany przez niektórych jest jako zasób części zamiennych w razie konieczności można je pobrać i darować innej osobie [14].

Innymi argumentem moralnymi osób sprzeciwiających się transplantacji jest taki, że osoba czekającą na organ czekają na śmierć innej osoby. Odwołują się też do aspektu ekonomicznego, że cała procedura przeszczepu jak i rekonwalescencji jest bardzo kosztowna, nie zdając sobie sprawy, iż proces dializoterapii jest wyższy. Stawią pytania czy może środki pieniężne nie przekazać na inne cele. Mówią o psychice biorcy, poczuciu winny, odczuwaniu leku, depresji z powodu śmierci dawcy. Jeszcze inna kwestią jest przyjmowanie leków immunosupresyjnych, wywołujące powikłania niepożądane [13, 14].

Mimo że dzięki przeszczepowi narządów poprawia się jakoś życia wielu chorych przewlekle, jak i również nie rzadko ratuje się setki tysięcy żyć to kontrowersji jest wiele.

Handel narządami w Polsce jest zabroniony reguluje to Ustawa Transplantacyjna z 2005r. Artykuł 43 sprzedaż i nabywanie komórek, tkanek, narządów i rozpowszechnianie informacji na dany temat. Karą za propagowanie jest pozbawianie wolności do roku, za wykonaną transakcję przeszczepu grozi trzy lata pozbawienia wolności, za ustanowienie sobie stałego dochodu z takich transakcji kara jest pozbawienie wolości do 5 lat. Handel organami jest najbardziej zauważalny w społeczeństwach pochodzących z biednych regionów glonu

ziemskiego np. Chin, Filipiny, Kolumbia, Pakistan, Mołdawia, Gruzja Turcja, Rumunia wpływają na to warunki socjalno- ekonomiczne, osoby decydujące się na to chcą poprawić swój byt [15].

W Polsce pobieranie narządów od dzieci i płodów anecefi cznych jest zabronione. Dziecko anencefaliczne nie należy do potencjalnych ani żywych osób, dlatego można pobrać od niego narząd przy dotrzymaniu warunków takich jak zgoda rodziców [16].

Kontrowersje wzbudzają przeszczepy biostatyczne- przeszczepy martwych tkanek, które przez długi okres są przechowywane w bankach. Banki tkanek, w których można magazynować ludzkie i zwierzęce tkanki takie jak: skóra, ścięgna, rogówki, naczynia krwionośne, elementy ucha środkowego, zastawki serca, błony bębenkowe, błony płodowe. Ich długi okres przechowywania nie zapoczątkowywane reakcji immunosupresyjnych [13].

Dziedziną prężnie rozwijającą się jest ksenotransplantacja, czyli wszczepianie implantacji narządów, tkanek lub infuzja płynów ustrojowych od innego gatunku. Jedną z korzyści wynikającej z takiego rodzaju transplantacji jest zwiększenie ilości dostępnych narządów do przeszczepu. Niestety ksenotransplantacja ogranicza żywotności transplantatu (np. zastawka serca od świni ma żywotność ok. 10-15 lat, będzie konieczność wszczepiania kilkukrotnego osoba z wrodzona wada serca). Również kolejną przeszkodą napotyka ona w religiach np. w Islamie, gdzie niektóre gatunki zwierząt są nieczyste ich biorcy będą nieakceptowani w społeczeństwie [17].

Stosunek wybranych wyznań wobec transplantacji

Chodź temat transplantacji w religii ma swoich zwolenników i przeciwników, wszystkie religie monoteistyczne mówią o tym, że przeszczepianie narządów jest objawem miłości do drugiej istoty.

Stanowisko Kościoła Katolickiego aprobatyczne mówi to transplantacji, traktuje ludzkie życie jako nadrzędną wartość, warunkiem koniecznym jest dobrowolność, bezinteresowność podarowania bliźniemu swoich organów. Papież Jan Paweł II propagował przeszczepianie organów. Mówi o tym w wypowiedzi wygłoszonej podczas XVIII Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego w 2001r., *„Należy zaszczepić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów”* [18].

Kościół Prawosławny jest podobnego zdania co katolicy, że transplantacja narządów powinna opierać się na wyłącznie dobrowolnym ofiarowaniu na rzecz innej osoby zatwierdzone informację prze Sobór Biskupów w 2000 r. [18].

Oddanie narządów, tkanek po śmierci jest indywidualną sprawą każdego, jest również miłosiernym czynem tak twierdza wyznawcy Buddyzmu, Islamu i Hinduizmu. Judaizm z wyjątkiem ortodoksyjnego odłamu wspiera oddawanie narządów. Świadkowie Jehowy akceptują przeszczepianie narządów z uwzględnieniem ze zostanie on przeprowadzony bez przetaczania krwi. Romowie wieżą ze ich dusza przebywa po śmierci pewnie czas w ciele zmarłego, dlatego nie wyrażają zgody na przeszczep organów od osób zmarłych. W wypadkowych sytuacjach akceptują przeszczepy rodzinne [19].

Rozpowszechnianie przeszczepu narządów

Internet jest kopalnią wiedzy na różo jakie tematy, pomaga w promowaniu przeszczepiana narządów. Można w nim z znaleźć wiele informacji na temat transplantacji narządów, czasem bywa tak, że wiedza wyszukana w intrenecie często jest niepełna, może być różnie zrozumiała przez odbiorcę. Naprzeciw takim sytuacja wyszedł minister zdrowia Uchwała z dnia 12 października 2010 roku ustanowił „Narodowy Program Rozwoju Transplantacyjnego" jej celem jest przeprowadzanie kampanii edukacyjnych już w szkołach, by oswoić młodzież z aspektami transplantologii. Rozmowa z bliskimi osobami o przyszłej śmierci jest trudna, przekazanie narządów po śmierci innej osobie jest tematem tabu wśród środowiska rodzinnego, dlatego bardzo ważne jest rozmawianie z bliskim na tematy transplantologii, poinformowanie rodziny jaki jest do niej stosunek [20].

Śmierć bliskiej osoby jest ogromnym szokiem dla bliskich, nagły wypadek odbiera rodzinie możliwość przygotowanie, pożegnania się. Regulacje prawne mówiące o zgodzie domniemanej na pobranie narządów są trudne do zrozumienia dla krewnych, którzy są w szoku po utarcie bliskiej osoby najczęściej wtedy występuje brak zgody rodzinna dawstwo narządów. W tym czasie dużą role odgrywa personel medyczny, który bez pospiechu, z dużą wyrozumiałością rozmawia z rodzina potencjalnego dawcy, wyjaśnia wszelkie wątpliwości, dokładnie objaśni kryteria stwierdzenia śmierci mózgu. W Polsce istnieją grupy wsparcia, fundacje, stowarzyszenia, które zajmują się pomocą rodzin dawców, udzielają wsparcia w tych ciężkich chwilach [20, 21].

PODSUMOWANIE

Coraz więcej osób czeka na przeszczep, jednak liczba dawców nie wzrasta, a wręcz maleje. Jednym z powodów był stały niedobór organów do transplantacji, innym niedoszacowana i nieaktualizowana od 2013 roku wycena procedur transplantacyjnych,

co z kolei negatywnie wpływało na aktywność szpitali w pozyskiwaniu narządów. I tak trudną sytuację naszej transplantologii pogorszył jeszcze wybuch epidemii COVID-19.

Transplantacja narządów jest metodą leczenia ratującą życie i zdrowie pacjentów. Stosuje się ją w przypadku schyłkowej niewydolności organów. Wykorzystywane w transplantologii narządy pochodzą głównie od dawców zmarłych. Jedynie nerki i fragmenty wątroby mogą być pobierane od dawców żywych, lecz odsetek tego rodzaju pobrań jest stosunkowo niewielki.

PIŚMIENNICTWO

1. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/593_u/$file/593_u.pdf (dostęp: 15.04.2022).
2. Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dziennik Urzędowy L 102, 07/04/2004: 0048 – 0058.
3. Murray J.T., Merrill P., Harrison J.H.: Kidney transplantation betweenseven pairs of identical twins. Ann Surg 1958; 148: 343.
4. Kucharska E., Nęcek R.: Transplantacja jako troska o życie i zdrowie bliźniego. Przegląd Lekarski 2011; 68(12): 1210-1218.
5. Listos P., Panasiuk- Flak K.: Aspekty prawne transplantacji narządów w medycynie człowieka oraz medycynie weterynaryjnej. Życie Weterynaryjne 2018: 93.
6. Oficjalna strona Poltransplant http://www.poltransplant.org.pl/ust_jednoli.html (dostęp 15.04.2022).
7. Breczko A.: Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnologicznego. Temida 2011; 2: 446-450.
8. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu M.P. 2007nr46poz.547 (dostęp 6.02.2022).
9. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia, M.P. 2010 nr 59 poz.784(dostępnena:http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20100590784&min=1) (data wejścia 2.02.2022).

10. Mąkosa J., Wysociński M., Fidecki W.: Prawne aspekty stwierdzenia śmierci mózgu-regulacje polskie. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2018; 7(10): 46-49.
11. Chmiel S.: Społeczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych. Praca Doktorska, Uniwersytet w Białymstoku 2014.
12. Ferdynus M.: Przedłużenie ludzkiego życia w świetle transplantacji. Wokół kilku moralnych kontrowersji. Studia Paradyskie 2014; 2: 113-126.
13. Bonikowska I.: Transplantacja w aspekcie społecznym. Współczesne Pielegniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017; 1: 23-27.
14. Piecewicz J.: Zagadnienia transplantacji w dokumentach społecznej nauki Kościoła. Rocznik Filozoficzny Ignatianum 2015; XXI(1): 98-114.
15. Stec T.: Handel organami ludzkimi- problem nadal aktualny. Tarnowskie Studia Teologiczne 2017; 36(1): 83-97.
16. Majda A., Zalewska- Puchała J., Ogórek B.: Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
17. Sporczyk A.: Granice autonomii małoletniego żywego dawcy w transplantacji. Białostockie Studia Prawnicze 2017; 22(2): 57-68.
18. Mandecki M.: Religie Świata a transplantacje Cześć 1. Poglądy kościołów chrześcijańskich na problematykę transplantacji narządów i tkanek. Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 370-375.
19. Antos E., Zelman M.: Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. Jouranal of Public Helth, Nursing and Medical Rescue 2012; 1: 7-13.
20. Wojciechowski P., Szpringer M.: Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków. Studia Medyczne 2012; 27: 45- 52.
21. Białek K.: Dlaczego zgadzamy się na transplantację? Czynniki wpływające na podjecie decyzji o przekazaniu organów. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2016; 6: 150-170.

POSTAWA I WIEDZA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO NA TEMAT ŚMIERCI PNIA MÓZGU A TRANSPLANTACJA NARZĄDÓW

Sylwia Stankiewicz[1], Krystyna Klimaszewska[2]

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Ratowanie ludzkiego życia i zdrowia jest priorytetem dla ochrony zdrowia. Wielu naukowców uważa, że transplantologia jest cudem i porażką współczesnej medycyny.

Transplantacja jest techniką medyczną pozwalającą na ratowanie życia poprzez uzupełnienie brakujących elementów ciała. Jest to: wyrównywanie ubytku w ustroju przez operacyjne przeniesienie tkanek lub narządów. W Polsce narządy do przeszczepienia mogą być pobrane od osób z nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu i po rozpoznaniu śmierci mózgu oraz od osób zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia [1].

Kontrowersje na temat zgody na pobranie organów unormowano na całym świecie, wymagane jest uzyskanie świadomej zgody. W Polsce praktykowany jest model zgody domniemanej. Większość narządów i tkanek do przeszczepu pobiera się ze zwłok osób, które za życia nie wyraziły sprzeciwu na zostanie dawcą. Procedura koordynowania przeszczepu to bardzo czasochłonna, wymagająca zaangażowania wielu zespołów wielodyscyplinarnych.

Transplantologia wzbudza wiele obaw etyczno moralnych, problematyczność odbioru transplantacji może wynikać z wielu powodów: trudność akceptacji orzeczenia przez bliskich śmierci człowieka, różnie stanowisko etyczne dawców i biorców, aspekty ekonomiczne, jak i również obawa prze handlem narządami, mało informacji dostępnych w kampaniach informujących społeczeństwo o transplantacji [2].

CEL PRACY

1. Analiza postawy mieszkańców województwa podlaskiego na temat transplantacji narządów a śmierci pnia mózgu.
2. Ocena wiedzy i postrzeganie tematu transplantacji i śmierci pnia mózgu wśród mieszkańców województwa podlaskiego.

MATERIAŁ I METODY

Badania zostały przeprowadzone wśród 103 mieszańców województwa podlaskiego za pomocą ankiety. Były przeprowadzane od marca do kwietnia 2022r., za zgodą nr APK.002.178.2022 Komisji Bioetycznej w Białymstoku. Kwestionariusz ankiety zawierał 22 pytania jednokrotnego i niektóre pytania wielokrotnego wyboru na temat transplantacji i śmierci pnia mózgu, 3 pytania to czynniki socjalnobytowe, takie jak płeć, wiek, aktywność zawodowa.

Uzyskane wyniki ankiety posłużyły do stworzenia bazy danych w programie Excele, którą poddano analizie statystycznej i opisowej z wykorzystaniem programu Statistica 13.1. firmy StatSoft. Do oceny cech jakościowych wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu Chi^2.

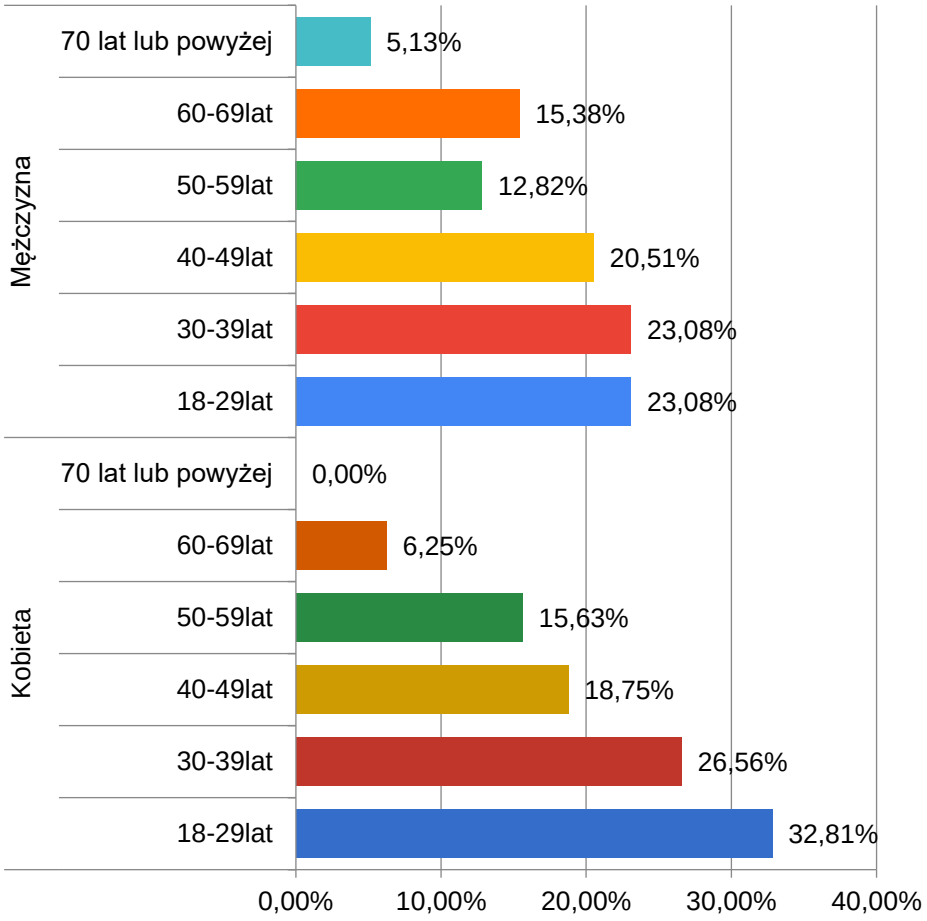
W toku analizy przyjęto poziom istotności $p< 0,05$.

WYNIKI

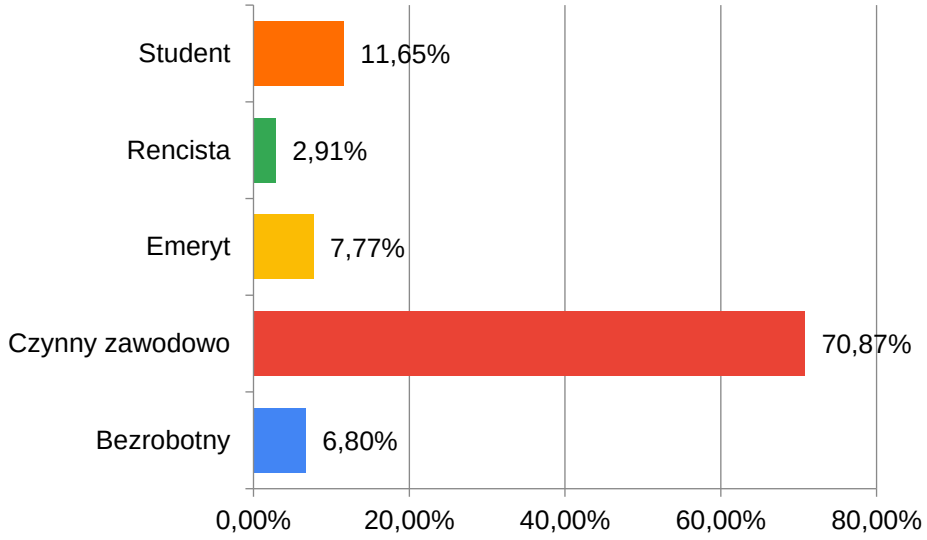
Charakterystyka próby badawczej

Dokonując charakterystyki grupy badanej (n=103) wykazano, że ponad ½ osób były to kobiety (n=64; 62,14%). Mężczyzn było 39, stanowiło to 37,86%. Wśród respondentek największe grono tworzyły kobiety od 18 do 29 roku życia (n=21; 32,81% ankietowanych kobiet). Uczestników badania płci męskiej najwięcej było w wieku od 18 do 29 roku życia i od 30 do 39 roku życia (jednakowo n=9; 23,08%). Dwóch mężczyzn znalazło się w przedziale 70 lat i więcej. Szczegółowe informacje zostały przedstawione na Rycinie 1.

Analizując aktywność zawodową uczestników badania najwięcej osób było czynnych zawodowo (n=73; 70,87%). W ankiecie udział wzięło 12 studentów (11,65%). Dokładne informacje są na Rycinie 2.



Rycina 1. Wiek ankietowanych z podziałem na płeć

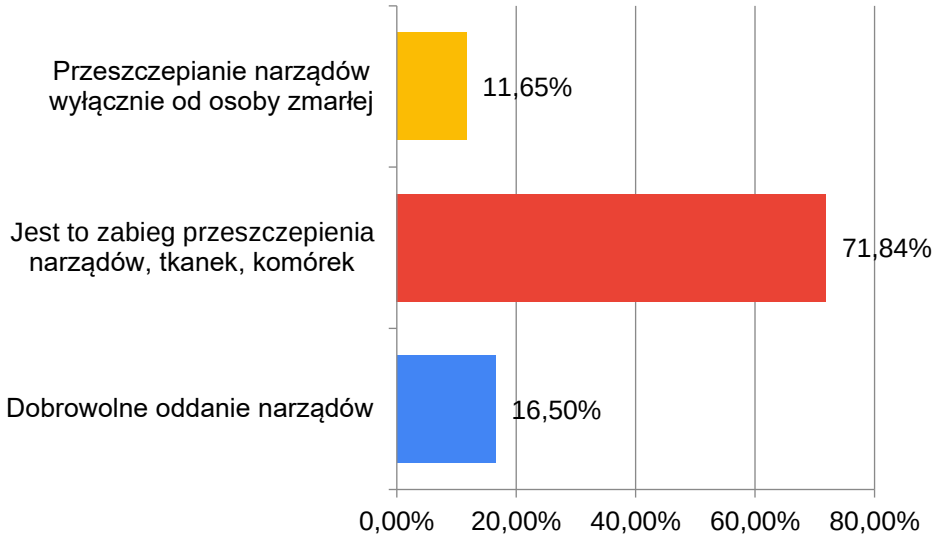


Rycina 2. Aktywność zawodowa ankietowanych

Wyniki badań ankietowanych

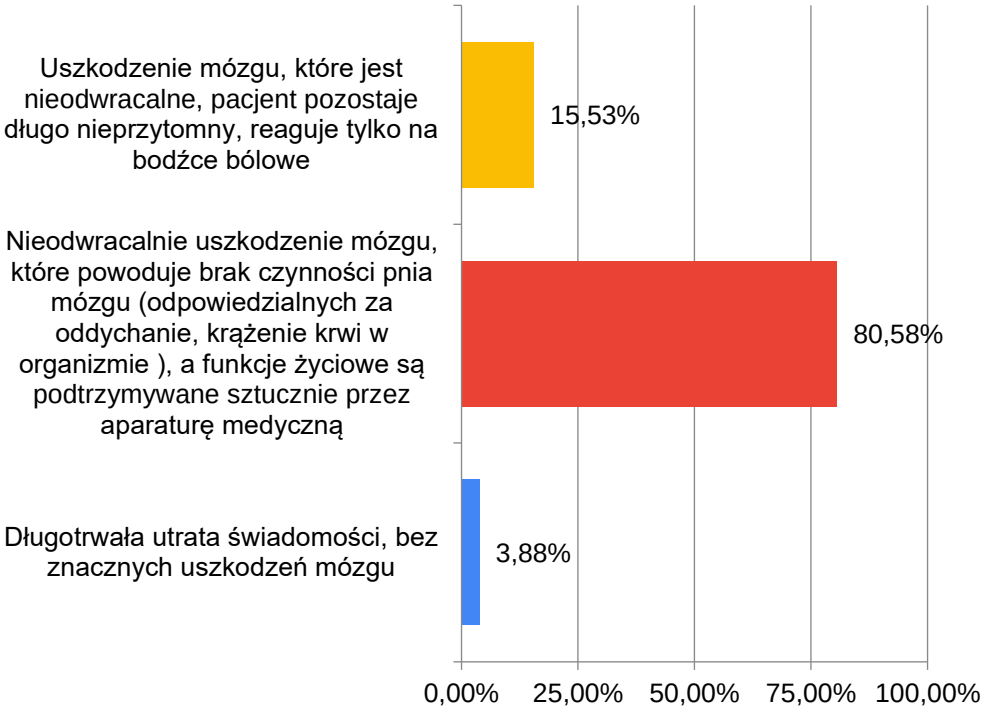
Ankietowanym zadano pytania mające na celu określenie wiedzy i postawy wobec transplantacji i śmierci pnia mózgu.

Transplantacja jest to zabieg przeszczepienia narządów, tkanek i komórek. Odpowiedź prawidłową wybrało 74 respondentów, czyli 71,84%. Błędne odpowiedzi wybrało 29 uczestników badania (Rycina 3).



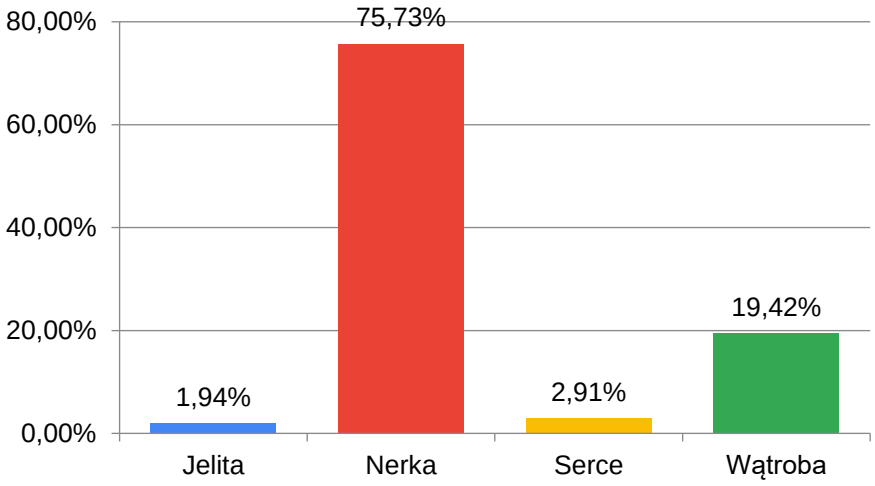
Rycina 3. Definicja „transplantacji”

Termin „śmierć pnia mózgu” odnosi się do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, które powoduje brak czynności pnia mózgu (odpowiedzialnych za oddychanie, krążenie krwi w organizmie), a funkcje życiowe są podtrzymywane sztucznie przez aparaturę medyczną. Ponad 80% osób wybrało prawidłową odpowiedź (n=83; 80,58%). Inne odpowiedzi ukazano na Rycinie 4.



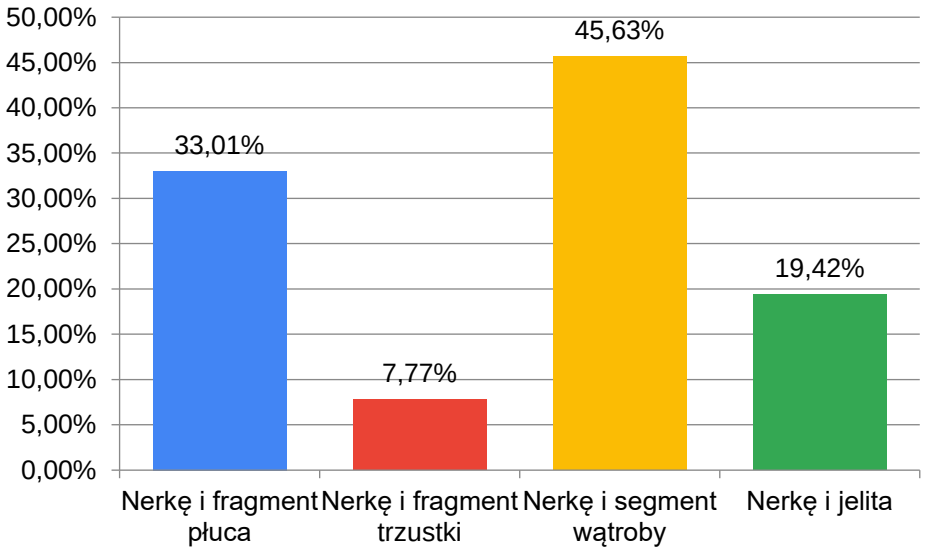
Rycina 4. Definicja „śmierć pnia mózgu”

Ponad ¾ grupy badanej uważało, że najczęściej przeszczepianym narządem jest nerka (n=78; 75,73%). 20 osób wspomniało, że narządem tym jest wątroba (19,42%) – Rycina 5.



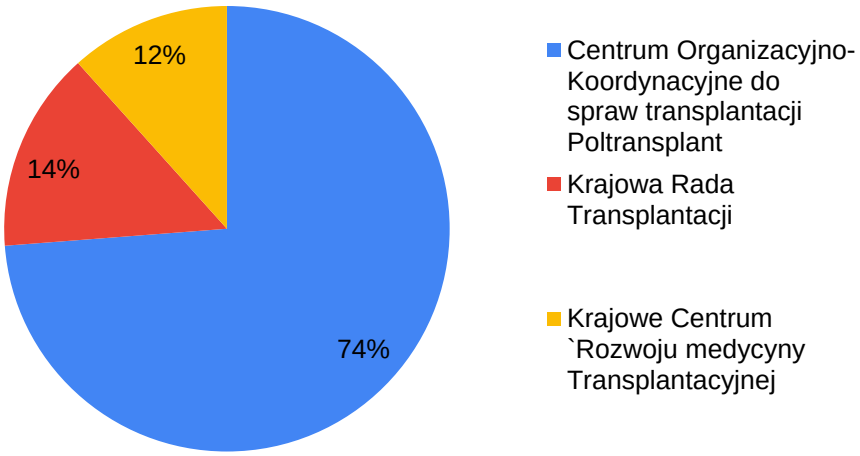
Rycina 5. Najczęściej przeszczepiany narząd w Polsce

Od żywego dawcy można przeszczepić nerkę i segment wątroby. Wiedzę ta miało 47 respondentów, stanowiło to 45,63%. Duża część grupy badanej wspomniało o nerce i fragmencie płuca (n=34; 33,01%) – była to błędna odpowiedź. Wyniki przedstawiono na Rycinie 6.



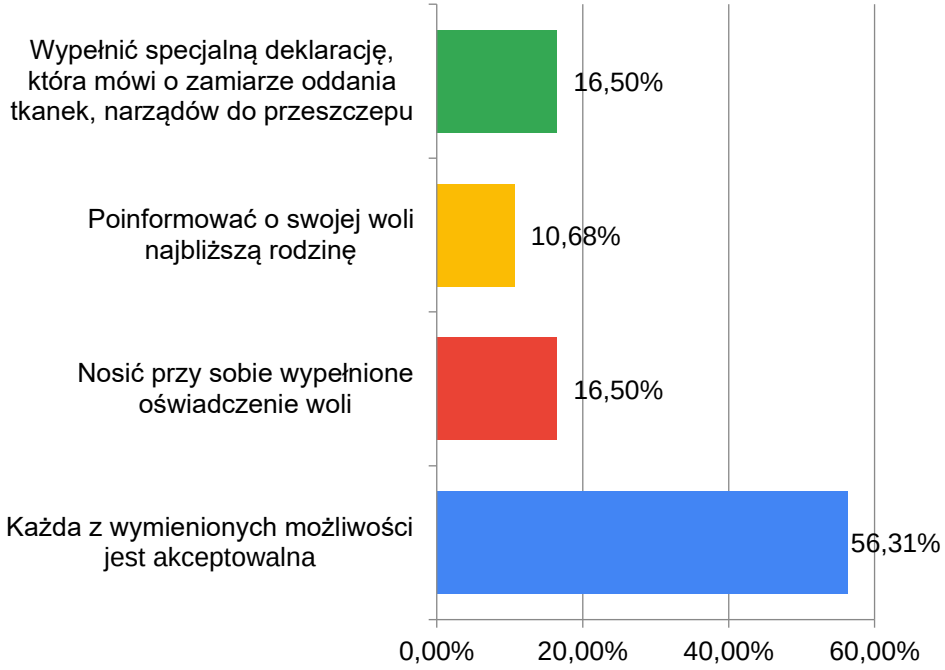
Rycina 6. Narządy, które można przeszczepić od żywego dawcy

Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do spraw transplantacji „Poltransplant" jest instytucją zajmującą się koordynowaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce. Odpowiedź prawidłową wybrało 76 przepytywanych (73,79%) – Rycina 7.



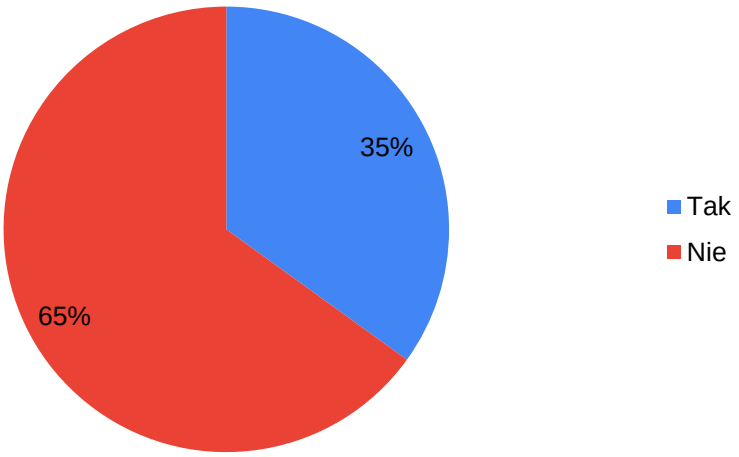
Rycina 7. Instytucja zajmująca się koordynowaniem pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce

Aby zostać dawcą można wypełnić deklarację mówiąca o zamiarze oddania tkanek, narządów do przeszczepu lub poinformować o swojej woli rodzinę, jak również nosić przy sobie wypełnione oświadczenie woli. Wszystkie w/w odpowiedzi wybrało ponad połowa grupy badanej (n=58; 56,31%). Szczegóły przedstawiono na Rycinie 8.



Rycina 8. Co należy zrobić, aby zostać dawcą komórek, tkanek i narządów

Badanych zapytano czy wiedzą czym jest Centralny Rejestr Sprzeciwów. Odpowiedź „tak" wybrało 36 osób, a odpowiedź „nie" 67 (odpowiednio 34,95% i 65,05%) – Rycina 9.

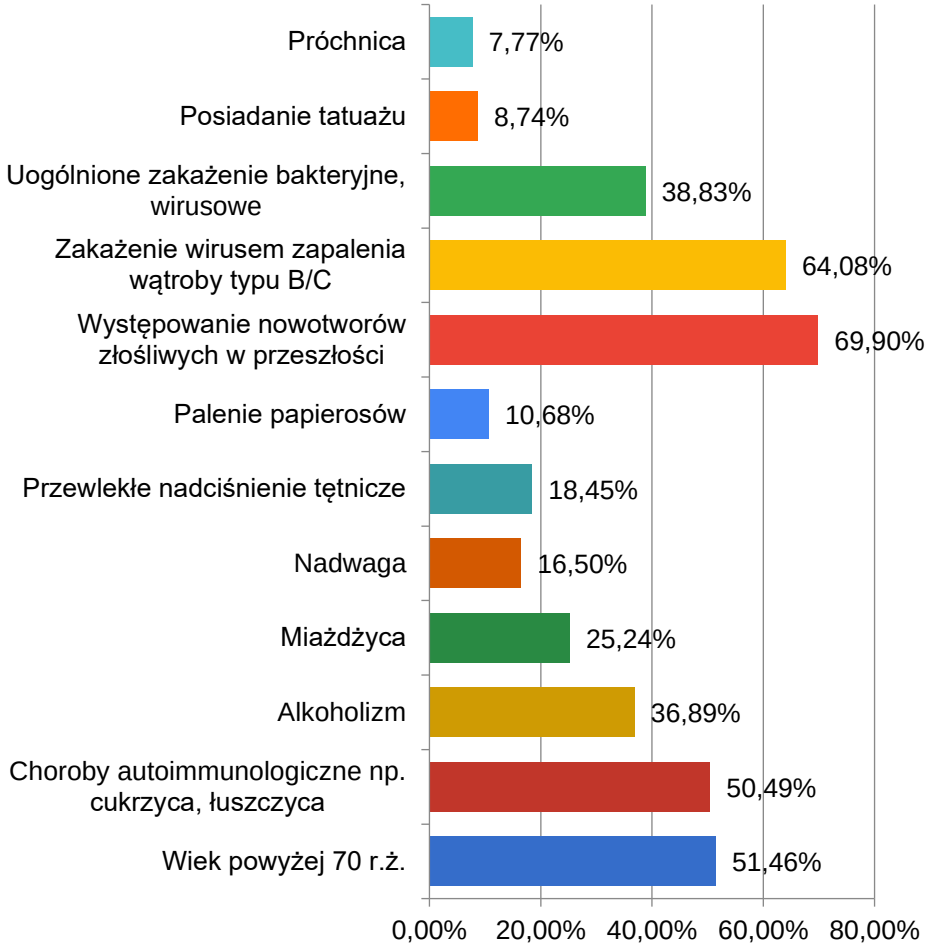


Rycina 9. Znajomość pojęcia „Centralny Rejestr Sprzeciwów"

Według respondentów głównymi przeciwwskazaniami do bycia dawcą są:

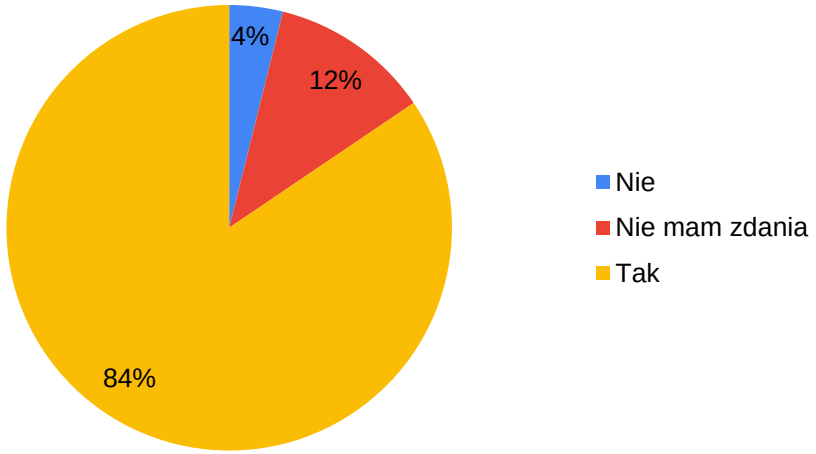
- Występowanie nowotworów złośliwych w przeszłości (n=72; 69,90%);
- Zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B/C (n=66; 64,08%);
- Wiek powyżej 70 roku życia (n=53; 51,46%).

Pozostałe odpowiedzi ukazano na Rycinie 10.



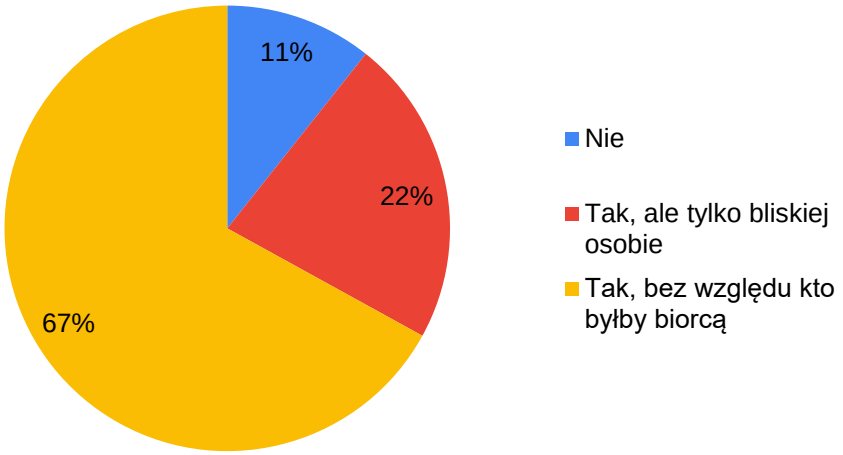
Rycina 1. Przeciwwskazania do bycia dawcą

Słuszne jest przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innej osoby – zdanie te potwierdziło 87 respondentów (84,47%). Brak zdania w tym temacie wyraziło 12 osób (11,65%) – Rycina 11.



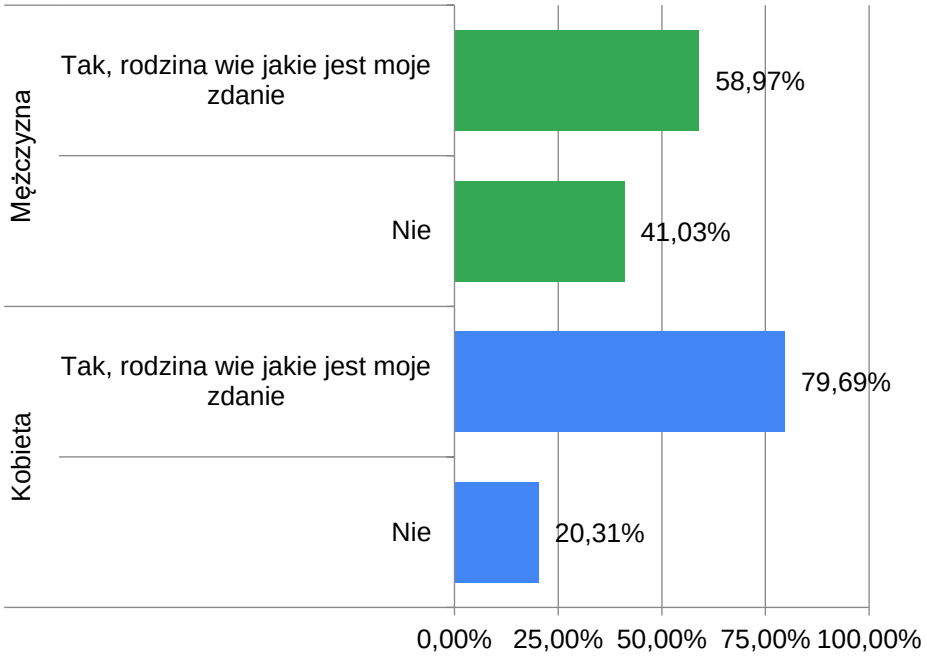
Rycina 2. Słuszność wykonywania przeszczepiania narządów

Na przeszczepienie narządów innej osobie po swojej śmierci bez względy kto byłby biorcą zgodziłoby się 69 respondentów (66,99%). Zgodę wyraziłoby 23 ankietowanych, ale tylko w przypadku, gdy biorcą byłaby osoba bliska (22,33%) – Rycina 12.



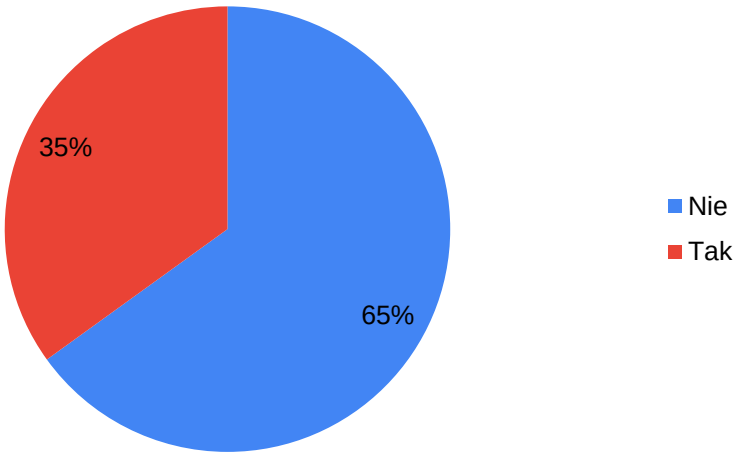
Rycina 3. Zgoda ankietowanych na pośmiertne pobranie narządów

Analizując pytanie dotyczące rozmowy z rodziną na temat stosunku wobec przeszczepienia narządów po swojej śmierci kobiety częściej odpowiadały twierdząco (n=51; 79,69% wszystkich kobiet). Ponad 40% mężczyzn nie rozmawiało na wcześniej wspomniany temat z bliskimi (n=16; 41,03% wszystkich mężczyzn). Dokładne dane ukazano na Rycinie 13.



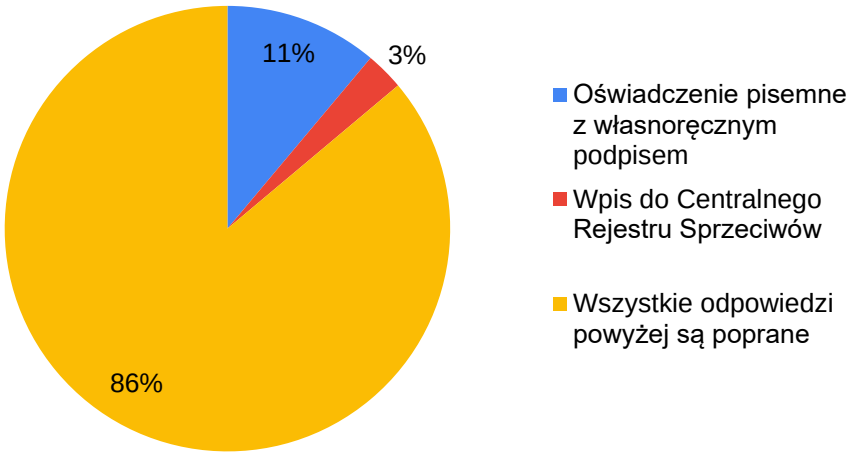
Rycina 4. Zdanie ankietowanych dotyczące rozmowy z rodziną na temat swojego stosunku wobec przeszczepiania narządów po swojej śmierci

Ponad 50% grupy badanej stwierdziło, że nie zna sposobu wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po swojej śmierci (n=67; 65,05%) – Rycina 14.



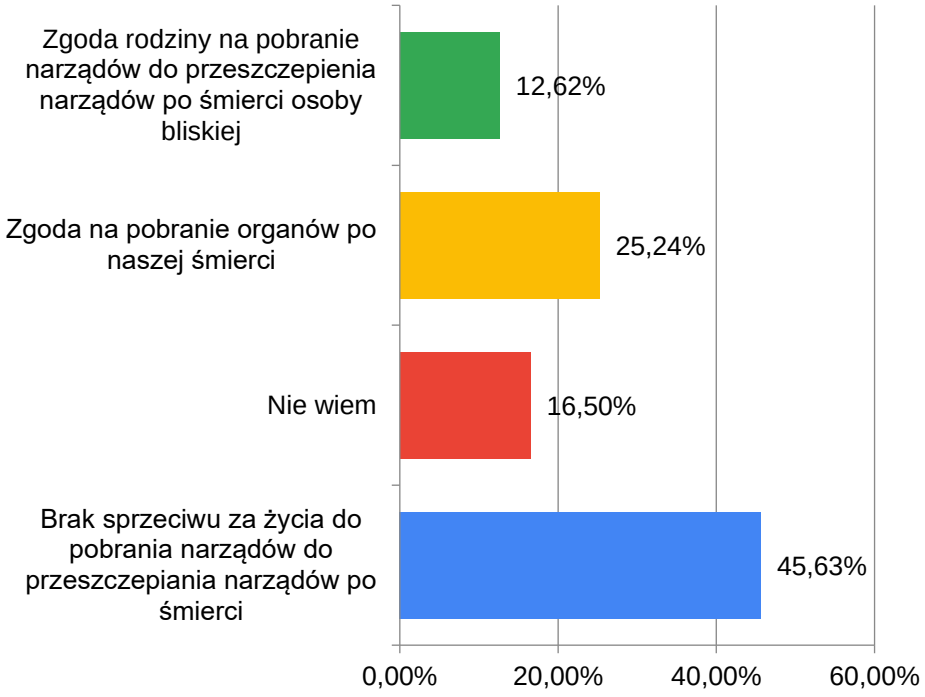
Rycina 5. Znajomość sposobu wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci

Osoby, które odpowiedziały, że znają sposób wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci zapytano jak można to wykonać. Jedna osoba wspomniała o wpisie do Centralnego Rejestru Sprzeciwów (2,78% wszystkich, których dotyczyło to pytanie). 4 respondentów wybrało odpowiedź dotyczącą oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem. Pozostałe stwierdziły, że obie w/w odpowiedzi były prawidłowe (n=31; 86,11% wszystkich, których dotyczyło to pytanie) – Rycina 15.



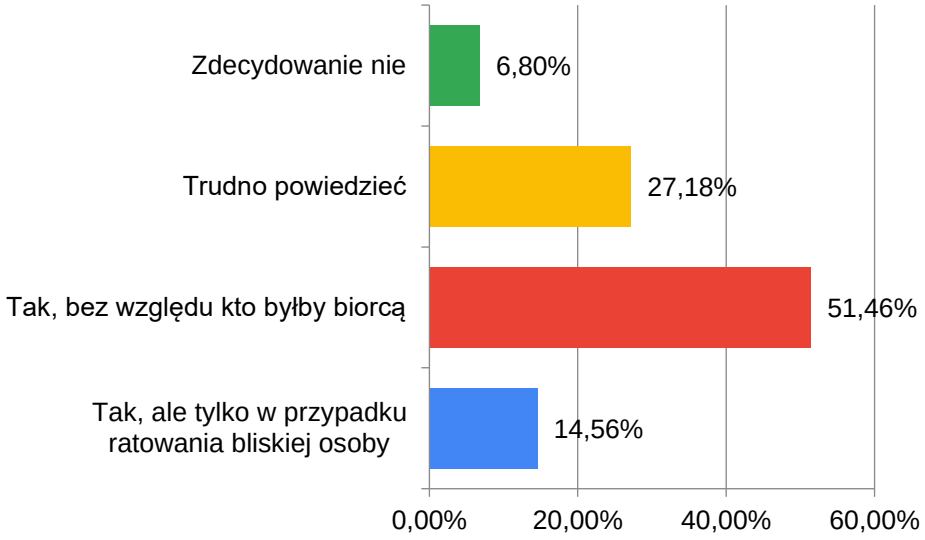
Rycina 6. Rodzaje sposobów wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci

Zgoda domniemana oznacza brak sprzeciwu wyrażonego za życia do pobrania narządów do przeszczepienia po śmierci (n=47; 45,63%). Brak zdania w tym temacie wyraziło 17 badanych (16,50%). Dokładne dane ukazano na Rycinie 16.



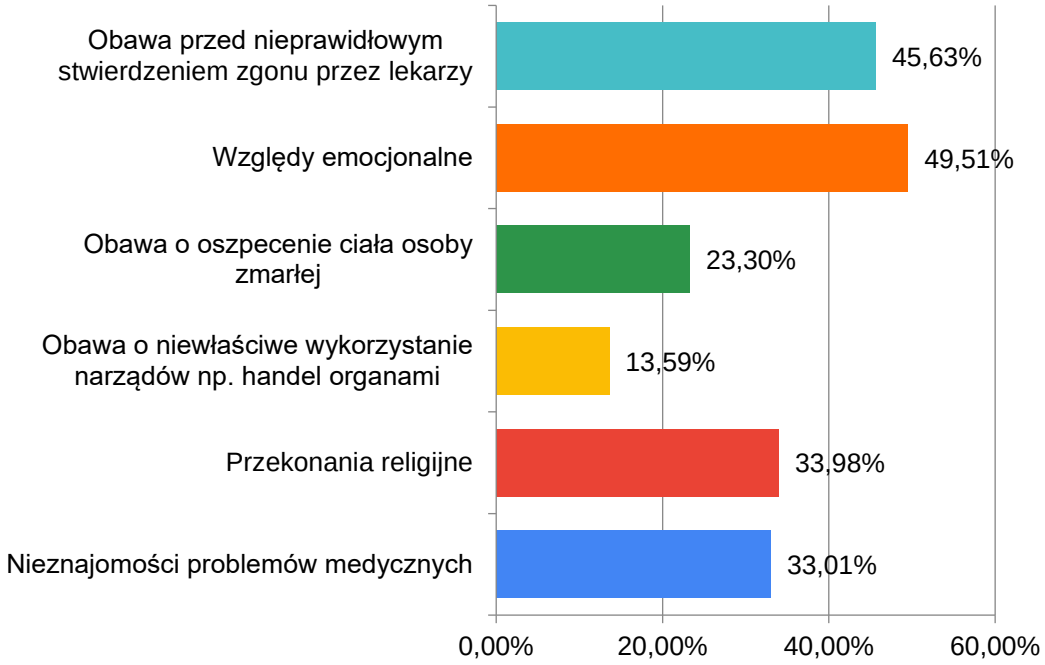
Rycina 7. Definicja pojęcia „zgoda domniemana”

W przypadku śmierci bliskiej osoby na przeszczep narządów bez względu kto byłby biorcą zgodziłoby się 53 ankietowanych (51,46%). Odpowiedź „zdecydowanie nie” wybrało 7 przepytywanych (6,80%). Szczegółowe informacje przedstawiono na Rycinie 17.



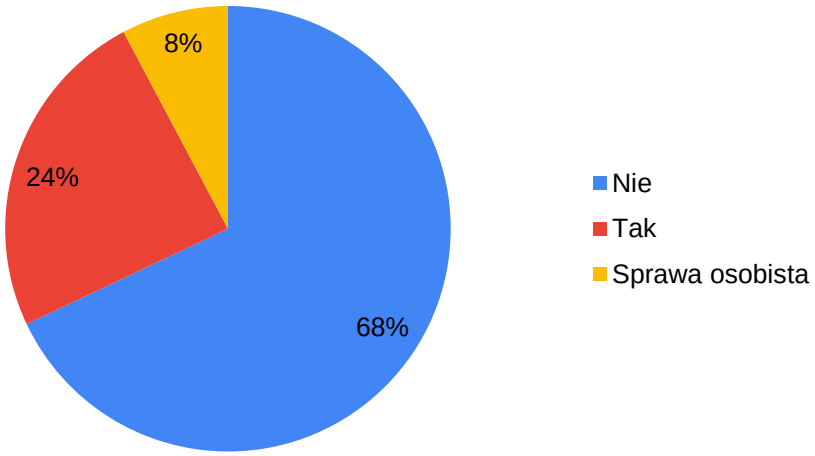
Rycina 8. Zgoda na pobranie organów do przeszczepienia narządów w przypadku śmierci bliskiej osoby

Analizując odpowiedzi uczestników badania najczęstszymi powodami niewyrażania zgody na przeszczepianie narządów przez dawce były względy emocjonalne (n=51; 49,51%) oraz obawa przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu przez lekarzy (n=47; 45,63%). Pozostałe obawy zilustrowano na Rycinie 18.



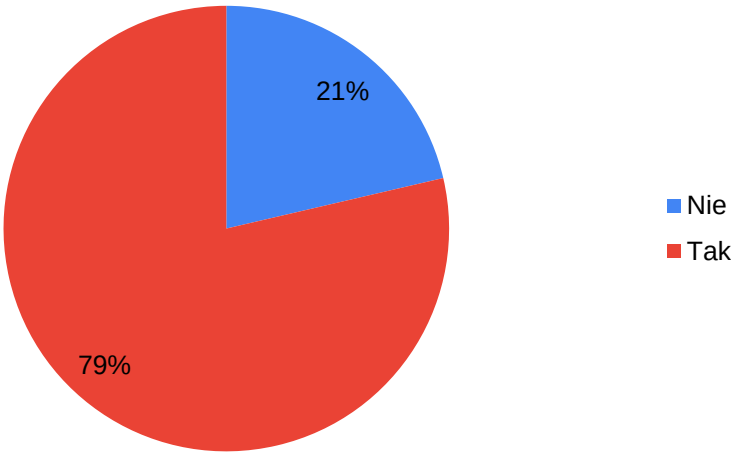
Rycina 18: Powody niewyrażania zgody na przeszczepianie narządów przez dawce

70 osób jest zdania, że biorca nie powinien znać dawcy przeszczepu (67,96%) – Rycina 19.



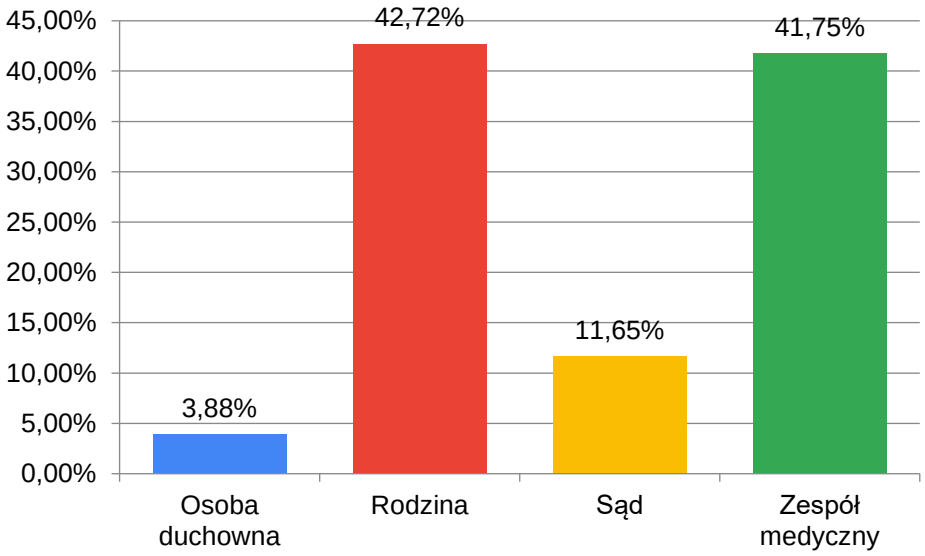
Rycina 9. Zdanie ankietowanych na temat poznania dawcy

Ponad ¾ grupy jest zdania, że śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka (n=81; 78,64%) – Rycina 20.



Rycina 10. Śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka

Analizując odpowiedzi respondentów na pytanie, kto podejmuje ostateczną decyzję o pobraniu narządu do przeszczepu najczęściej wybieranym wariantem były rodzina (n=44; 42,72%) i zespół medyczny (n=43; 41,75%). Pozostałe odpowiedzi zilustrowano na Rycinie 21.



Rycina 11. Osoby podejmujące ostateczną decyzję o pobraniu narządów do przeszczepu

Dokładna analiza wyników badań własnych dotyczących wiedzy i postawy mieszańców województwa podlaskiego na temat transplantacji narządów i śmierci pnia mózgu

Niezależnie od płci większość osób zgodziłaby się na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie. Sprawdzono czy ta zależność wykazuje istotność statystyczną. Wykazano istotność na poziomie tendencji statystycznej (p=0,062; chi2=3,47). Dane przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 4. Płeć, a zgoda na pobranie narządów po śmierci

Płeć	**Czy Pani/Pan zgodził(a) byś na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie?**	
	Nie	**Tak**
Kobieta	4	60
Mężczyzna	7	32

Bez względu na wiek badanych zdecydowana większość zgodziłaby się na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie. Nie wykazano istotności statystycznej (p=0,423; chi2=4,94). Szczegóły zawarte zostały w Tabeli 2.

Tabela 5. Wiek a zgoda na pobieranie narządów po śmierci

WIEK	**Czy Pani/Pan zgodził(a) byś na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie?**	
	Nie	**Tak**
18-29lat	2	28
30-39lat	3	23
40-49lat	2	18
50-59lat	1	14
60-69lat	2	8
70 lat- lub powyżej	1	1

Bez względu czy ankietowani znali sposób wyrażania sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci, jednogłośnie stwierdzili, że zgodziliby się na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepia ich innej osobie. Wykazano zależność istotną statystycznie (p=0,027; chi2=7,24). Dokładne dane przedstawiono w Tabeli 3.

Tabela 6. Znajomość sposobu wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci a zgoda na pobranie narządów po śmierci

Czy Pani/Pan znają sposób wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci	**Czy Pani/Pan zgodził(a) byś na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie?**		
	Nie	**Tak, ale tylko bliskiej osobie**	**Tak, bez względu kto byłby biorcą**
Nie	5	20	42
Tak	6	3	27

Osoby, które znają sposób wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci w większości przypadków wiedzą również co oznacza termin „zgoda domniemana". Wykazano zależność istotną statystycznie (p=0,00001; chi2=25,47). Szczegóły przedstawiono w Tabeli 4.

Tabela 7. Znajomość sposobu wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci a znajomość terminu „zgoda domniemana"

Czy Pani/Pan znają sposób wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci	**Czy wie Pani/Pan co oznacza termin „zgoda domniemana"**		
	Brak sprzeciwu za życia do pobrania narządów do przeszczepiania narządów po śmierci	**Zgoda na pobranie organów po naszej śmierci**	**Zgoda rodziny na pobranie narządów do przeszczepienia narządów po śmierci osoby bliskiej**
Nie	19	20	11
Tak	28	6	2

Większość respondentów zgodziłaby się na pobranie narządów po swojej śmierci w celu przeszczepienia ich innej osobie, nawet jeśli nie wyraziłyby zgody na pobranie organów w przypadku śmierci bliskiej osoby. Wykazano zależność istotną statystycznie (p=0,00019; chi2=19,70). Dokładną analizę przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 8. Zgoda na pobranie organów w przypadku śmierci bliskiej osoby a zgoda na pobranie ich w przypadku swojej śmierci

Czy w przypadku śmierci bliskiej osoby zgodził(a)by się Pani/Pan na pobranie jej organów do przeszczepienia narządów	**Czy Pani/Pan zgodził(a) byś na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie?**	
	Nie	**Tak**
Tak, ale tylko w przypadku ratowania bliskiej osoby	0	15
Tak, bez względu kto byłby biorcą	1	52
Trudno powiedzieć	7	21
Zdecydowanie nie	3	4

Wszystkie ankietowane kobiety rozmawiały z rodziną na temat na temat swojego stosunku wobec przeszczepienia narządów po swojej śmierci. Zależność między płcią a rozmową z rodziną na powyższy temat jest istotna statystycznie (p=0,000009; chi2=19,68). Szczegóły ukazano w Tabeli 6.

Tabela 9. Płeć a rozmowa z rodziną na temat swojego stosunku wobec przeszczepienia narządów po swojej śmierci

Płeć	**Czy rozmawiał(a) Pani/Pan z rodziną na temat swojego stosunku wobec przeszczepienia narządów po swojej śmierci?**	
	Nie	**Tak, rodzina wie jakie jest moje zdanie**
Kobieta	0	38
Mężczyzna	16	23

Niezależnie od wykonywanej aktywności zawodowej więcej osób badanych na pytanie o znajomość Centralnego Rejestru Sprzeciwów nie odpowiedziało twierdząco. Nie wykazano zależności istotnej statystycznie (p=0,66; chi2=2,405). Szczegóły przedstawiono w Tabeli 7.

Tabela 10. Aktywność zawodowa a znajomość pojęcia Centralny Rejestr Sprzeciwów

Aktywność zawodowa	**Czy Pani/Pan wie co to jest Centralny Rejestr Sprzeciwów?**	
	Tak	**Nie**
Bezrobotny	3	4
Czynny zawodowo	26	47
Emeryt	2	6
Rencista	0	3
Student	5	7

DYSKUSJA

Transplantacja narządów jest prężnie rozwijającą się dziedzina medycyny, dzięki której szansę na nowe życie dostają osoby z przewlekłymi niewydolnościami narządów. Jest to kontrowersyjny temat, w niektórych kręgach społeczeństwa, który potrzebuję ciągłego rozpowszechniania słuszności swoich zalet [3].

W badaniach własnych, gdzie przebadano 103 mieszkańców województwa podlaskiego w różnym przedziale wiekowym, 74 respondentów potrafiło określić co to jest transplantacja- to zabieg przeszczepienia narządów, tkanek i komórek, czyli 71,84%, a 80% co oznacza termin „śmierć pnia mózgu". Zdania, że śmierć mózgu jest równoznaczna ze śmiercią człowieka 78,64%.

Ścisło i wsp. w swojej pracy ukazali, że ponad 80% ankietowanych z miast i wsi wie jaki narząd najczęściej jest przeszczepiany w Polsce, 88% mieszańców miasta odpowiedziało, że jest to nerka, bowiem 82% osób zamieszkujących wieś [4]. Ponad ¾ grupy badanej w pracy własnej na takie samo pytanie odpowiedziało: nerka 75,73%, 19,42 % osób wspomniało, że jest to wątroba.

Według badań Bonikowskiej prawie wszyscy ankietowani, bo 99,44% akceptuje transplantację jako metodę ratowania ludzkiego życia, większością były kobiety w przedziale wiekowym od 18 do 24 lat [5].

W pracy własnej przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innej osoby za słuszne uważa 84,47%. Brak zdania w tym temacie wyraziło 12 osób (11,65%). Większość uczestników badań niezależnie od płci i wieku zgodziłaby się na pobranie narządów po śmierci w celu przeszczepienia narządu innej osobie.

Kliś i wsp. po zapytaniu 240 pielęgniarek i położnych o stosunek do przeszczepiania narządów poparło idee ratowania życia 97,5% od żywych jak i 97,9% zmarłych dawców [6].

Czaplińska i wsp. przebadali populację Gdańska w liczbie 1000 osób z czego 52,5% stanowiła płeć żeńska. Średni wiek badanych wynosił 47,4 lata, 81,2% ankietowanych nie miało doświadczenia transplantacji organu. Co trzeci respondent nie wiedział, że w Polsce zgoda domniemana obowiązuje w transplantacji. Jednakże wiedza na ten temat wykazuje tendencję wzrostową, według komunikatu Centrum Badania Opinii Społecznej w 2016r. jedynie 20% populacji miała wiedzę na ten temat, w poprzednich latach odsetek ten był jeszcze niższy. Zdecydowana większość badanych wiedziała, że śmierć człowieka następuje wówczas, gdy zostanie orzeczona śmierć mózgu. Ponadto dla większości badanych śmierć mózgu nie oznaczała to samo, co śpiączka oraz wiadome było dla nich, iż wiek jest znaczący przy pobieraniu narządów oraz że posiadanie tatuażu nie wyklucza możliwości dawstwa narządów [7, 8].

Mieszkańcy województwa podlaskiego, którzy znają sposób wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po śmierci w większości przypadków wiedzą również co oznacza termin „zgoda domniemana” 45, 63% potrafiło wskazać poprawna definicję. Ponad połowa, grupy badanej stwierdzi, że nie zna sposobu wyrażenia sprzeciwu na pobranie narządów po swojej śmierci 65,05%. Jedna osoba we wszystkich znających sposób wyrażania sprzeciw na pobranie narządów wspomniała o wpisie do Centralnego Rejestru Sprzeciwów 2,78% wszystkich, 4 respondentów wybrało odpowiedź dotyczącą oświadczenia pisemnego z własnoręcznym podpisem, pozostałe (86,11%) wybrały obie odpowiedzi.

W badaniach Kliś i wsp. ustalił co ma wpływ na brak zgody na pobranie narządów 39,3% respondentów podało względy emocjonalne i sile przeżycia, 29,5% wskazało nieznajomość problemów medycznych [6]. Podobne wnioski można wysunąć z pracy własnej: względy emocjonalne 49,51% oraz obawa przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu przez lekarzy 45,63%, nieznajomość problemów 33,01%, odrębnym powodem jest obawa o niewłaściwe wykorzystanie organu (handel) 13,6%. Inne wyniki w tej kwestii przedstawił Feliksik M. z 2012 sprzeciw przez respondentów był uzasadniony wpływem wiary i religii 23%, brak szacunku do zwłok 17% [9]. Wojciechowski sprzeciw społeczeństwa do oddania

narządów innej osobie w swoich badaniach argumentuje 61,4% względami wiary, 54,6% emocjami związanymi ze śmiercią bliskiej osoby.

Decyzyjność końcową w kwestii pobrania narządów do przeszczepu według 103 ankietowanych mieszkańców województwa podlaskiego ma rodzina 42,72% i zespół medyczny 41,75%. Wszystkie ankietowane kobiety rozmawiały z rodziną na temat na temat swojego stosunku wobec przeszczepienia organu po swojej śmierci.

WNIOSKI

Wyniki otrzymane z pracy pozwalają wysunąć następujące wnioski:

1. Wiedza mieszkańców województwa podlaskiego jest na dość dobrym poziomie na temat transplantacji i zjawiska śmierci pnia mózgu.
2. Dla znacznej części słuszne jest przeszczepianie narządów w celu ratowania życia innej osoby 84%.
3. Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni poruszają temat przeszczepiania narządów, dzielą się swoją postawa z rodziną.
4. Więcej niż połowa ankietowanych twierdzi ze biorca nie powinien znać dawcy, jak i jego rodziny.

PIŚMIENNICTWO

1. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2016; 46: 113-118.
2. Murray JT., Merrill P., Harrison JH.: Kidney transplantation betweenseven pairs of identical twins. Ann Surg 1958; 148: 343.
3. Juszczak K., Michalak A., Gawłowicz K. i wsp.: Analiza postaw i czynników wpływających na podjęcie decyzji o transplantacji narządów wśród społeczności wiejskiej. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016; 3: 140-146.
4. Ścisło L., Partyka E., Walewska., Puto G., Naszydłowska E., Kozieł D.: Postawa i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. Hygeia Public Health 2013; 48: 40- 45.
5. Bonikowska I.: Transplantacja w aspekcie społecznym. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2017; 1: 23-27.
6. Kliś A., Trzcińska A.: Opinia pielęgniarek i położnych na temat transplantacji narządów. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2015; 3: 182- 187.

7. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec transplantacji narządów 2016.
8. https://nefroldialpol.pl/wp-content/uploads/2021/03/123-128.pdf (dostęp05.05.22).
9. Feliksik M.: Postawy wobec transplantacji narządów. Centrum Badań Opinii Społecznej 2012.

STAN WIEDZY NA TEMAT PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ WŚRÓD POPULACJI POWIATU BIAŁOSTOCKIEGO

Mateusz Dariusz Pasiuk[1,2], Krystyna Klimaszewska[3]

1. Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
2. Absolwent Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WSTĘP

Natychmiastowe rozpoczęcie pierwszej pomocy przedmedycznej znacząco zwiększa szanse na lepsze rokowanie poszkodowanego. Najczęściej osoby znajdujące się na miejscu zdarzenia nie są przeszkolone medycznie i ich wiedza oraz umiejętności stają się kluczowymi elementami dalszego losu pacjenta. Jak wynika z polskiego prawa, niesienie pomocy osobom znajdującym się sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, bez narażania własnego bezpieczeństwa jest obowiązkiem. Z tych względów edukacja całego społeczeństwa wydaje się konieczna, by zapewnić jak najlepszą opiekę nad poszkodowanym do czasu dotarcia na miejsce wykwalifikowanego personelu medycznego [1].

Najważniejszym elementem pierwszej pomocy jest rozpoznanie nagłego zatrzymania krążenia oraz przeprowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej według zaleceń Europejskiej Rady Resuscytacji. Pomimo dostępności tych informacji w internecie, najbardziej przydatne są ćwiczenia praktyczne przeprowadzana na kursach lub szkoleniach.

CEL PRACY

Przedstawienie stanu wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej wśród mieszkańców powiatu białostockiego.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 126 mieszkańców powiatu białostockiego przy pomocą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa, metodą sondażu diagnostycznego. Badanie sondażowe zostało przeprowadzone drogą elektroniczną z zachowaniem pełnej anonimowości respondentów, a uzyskane wyniki wykorzystano wyłącznie do celów

naukowych. Udział był dobrowolny, a ankietowani mieli możliwość rezygnacji uczestnictwa w badaniu na każdym jego etapie bez konieczności podawania przyczyny.

Badanie przeprowadzono w terminie 11.04.2022r. - 31.05.2022r., po wcześniejszym uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr APK.002.152.2022.

Aby określić stan wiedzy na temat pierwszej pomocy wśród badanej grupy opracowano autorski kwestionariusz ankiety zawierający 33 pytań, który zawierał 3 pytania metryczkowe oraz 30 pytań zamkniętych z możliwością jednokrotnego wyboru. Respondentów poinformowano o zachowaniu poufności otrzymanych wyników badania zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).

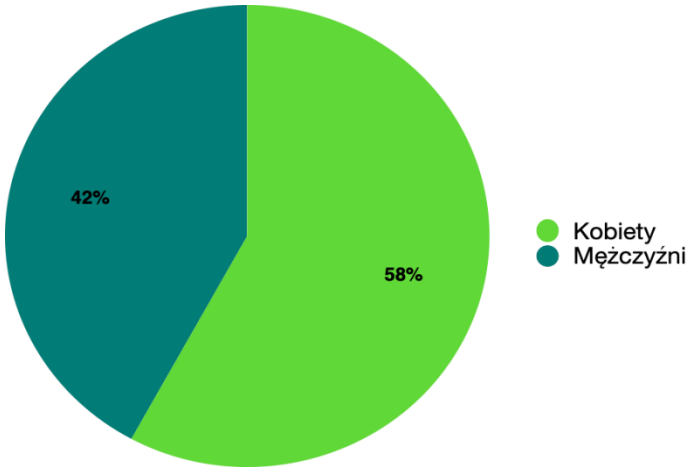
Badanie przeprowadzono za pośrednictwem kwestionariusza ankiety uzupełnianego przy pomocy strony internetowej.

Uzyskane wyniki ankietowe poddano analizie statystycznej przy pomocy arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel i programu Statistica. Do określenia zależności pomiędzy poszczególnymi grupami i odpowiedziami użyto Testu Niezależności Chi-kwadrat, gdzie istotne statystycznie zależności uznano przy $p<0,05$.

WYNIKI

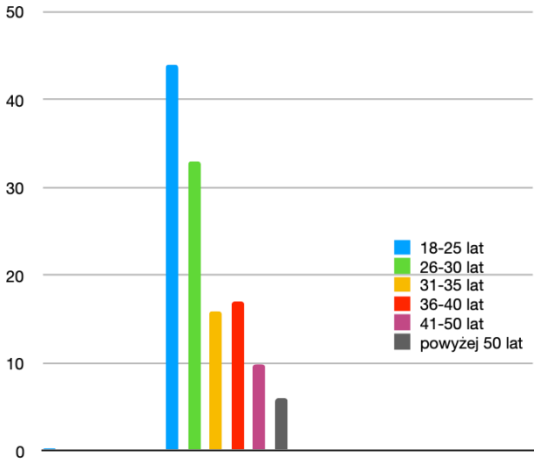
Analiza metryczkowa

Rycina 1 ilustruje, że w badaniu udział wzięło udział 126 ankietowanych, w tym 73 kobiety i 53 mężczyzn.



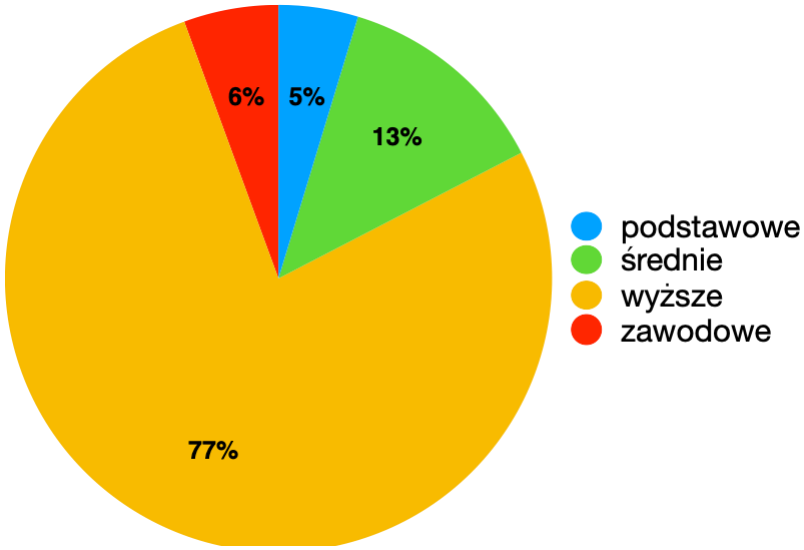
Rycina 1. Rozkład ankietowanych według płci

Na podstawie Ryciny 2 można zauważyć, że najwięcej ankietowanych było w przedziale 18-25 lat i stanowili ponad 1/3 badanych (34,9%). Drugim najliczniejszym przedziałem wiekowym był 26-30 lat, co stanowiło lekko ponad 1/4 osób objętych badaniem (26,2%). Grupy wiekowe 31-35 lat i 36-40 lat zebrały podobną ilość respondentów, odpowiednio 16 (12,7%) i 17 (13,5%) osób. Najmniej licznymi przedziałami wiekowymi były 41-50 oraz powyżej 50 lat, gdzie znajdowało się 16 respondentów i stanowiło to 7,9% oraz 4,8% badanej grupy.



Rycina 2. Rozkład ankietowanych według wieku

Podział ankietowanych ze względu na wykształcenie przedstawia Rycina 3, z której wynika, że 77% osób objętych badaniem posiada wykształcenie wyższe. Respondenci z wykształceniem średnim stanowią 12,7%, z zawodowym 5,6% oraz z podstawowym 4,7%.



Rycina 3. Podział ankietowanych ze względu na wykształcenie

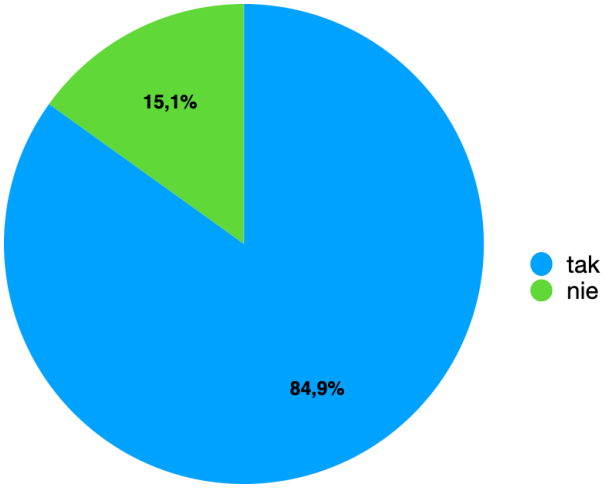
W Tabeli 1 przedstawiono rozkład ankietowanych w grupach wiekowych ze względu na wykształcenie. Wynika z niej, że prawie połowa respondentów (46,03%) jest w wieku 18-30 lat i posiada wyższe wykształcenie.

Tabela 11. Rozkład zależności wykształcenia i wieku ankietowanych

	Wykształcenie							
wiek	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
18-25 lat	6	4,76%	2	1,59%	4	3,17%	32	25,40%
26-30 lat	0	0%	3	2,38%	4	3,17%	26	20,63%
31-35 lat	0	0%	2	1,59%	3	2,38%	11	8,73%
36-40 lat	0	0%	0	0,00%	3	2,38%	14	11,11%
41-50 lat	0	0%	0	0,00%	2	1,59%	8	6,35%
powyżej 51 lat	0	0%	0	0,00%	0	0,00%	6	4,76%
razem	6	4,76%	7	5,56%	16	12,70%	97	76,98%

Analiza szczegółowa

Z wyników przeprowadzonych badań wynika, że 84,9% (n=107) ankietowanych deklarowało udział w zajęciach lub szkoleniach z pierwszej pomocy. Wśród nich było 63 kobiet, co stanowiło 86,3% ogółu kobiet oraz 44 mężczyzn stanowiących 83,02% ogółu mężczyzn (Rycina 4).



Rycina 4. Udział w zajęciach lub szkoleniach z pierwszej pomocy

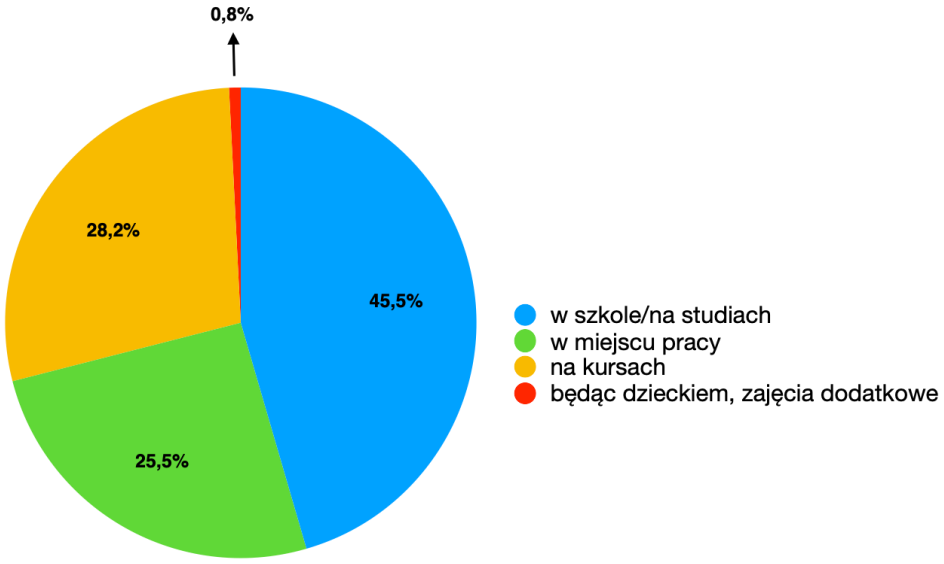
Analizie statystycznej poddano uczestnictwo w zajęciach z pierwszej pomocy i płeć. Zależność nie jest istotna statystycznie (przy współczynniku p=0,61124), co przedstawia Tabela 2.

Tabela 12. Uczestnictwo w zajęciach z pierwszej pomocy a płeć ankietowanych

	Czy brał Pan/Pani kiedykolwiek udział w zajęciach lub szkoleniu z pierwszej pomocy?					
płeć	tak			nie		
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy
mężczyzna	44	34,92%	83,02%	9	7,14%	16,98%
kobieta	63	50,00%	86,30%	10	7,94%	13,70%
razem	107	84,92%		19	15,08%	

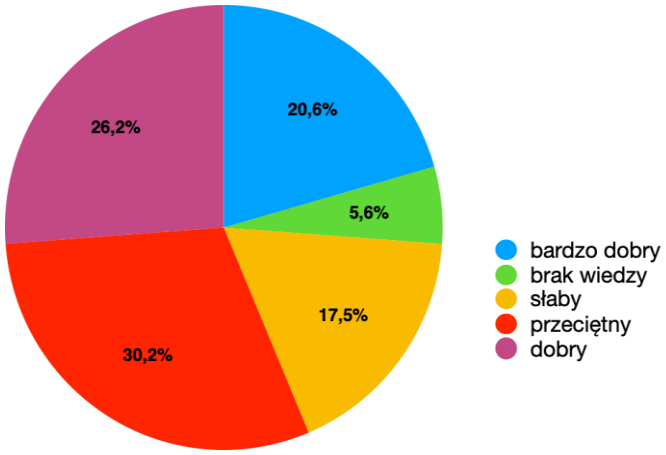
współczynnik p=0,61124

Wśród ankietowanych udział w szkoleniach, najwięcej osób jako miejsce takich zajęć wskazywało szkołę lub zajęcia na studiach (45,5%). Porównywalne dwie grupy respondentów brała udział w szkoleniach w miejscu pracy (25,5%) i kursach (28,2%) – Rycina 5.



Rycina 5. Miejsce udziału w zajęciach lub szkoleniach z pierwszej pomocy

Respondenci zapytani o ocenę poziomu wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej najczęściej udzielali odpowiedzi „przeciętny" co stanowiło 30,2% odpowiedzi (n=38). Na co najmniej poziom dobry wskazało 59 ankietowanych (dobry 26,2% i bardzo dobry 20,6%), co przekłada się na prawie połowę grupy badanej (46,8%). Brak wiedzy lub słaby poziom wiedzy wskazało odpowiednio 5,6% i 17,5% osób. Wyniki przedstawia Rycina 6.



Rycina 6. Ocena wiedzy własnej na temat pierwszej pomocy

Wykonano analizę statystyczną uwzględniająca wpływ oceny poziomu swojej wiedzy na temat pierwszej pomocy i wykształcenie ankietowanych. Zależność ta jest istotna statystycznie przy współczynniku p=0,00026 i została przedstawiona w Tabeli 3.

Tabela 13. Ocena poziomu swojej wiedzy na temat pierwszej pomocy a wykształcenie

	Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat pierwszej pomocy?									
wykształcenie	bardzo dobry		dobry		przeciętny		słaby		brak wiedzy	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
podstawowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	3,17%	1	0,79%
zawodowe	1	0,79%	2	1,59%	2	1,59%	1	0,79%	1	0,79%
średnie	0	0,00%	0	0,00%	7	5,56%	7	5,56%	2	1,59%
wyższe	25	19,84%	31	24,60%	29	23,02%	10	7,94%	3	2,38%
razem	26	20,63%	33	26,19%	38	30,16%	22	17,46%	7	5,56%

współczynnik p=0,00026

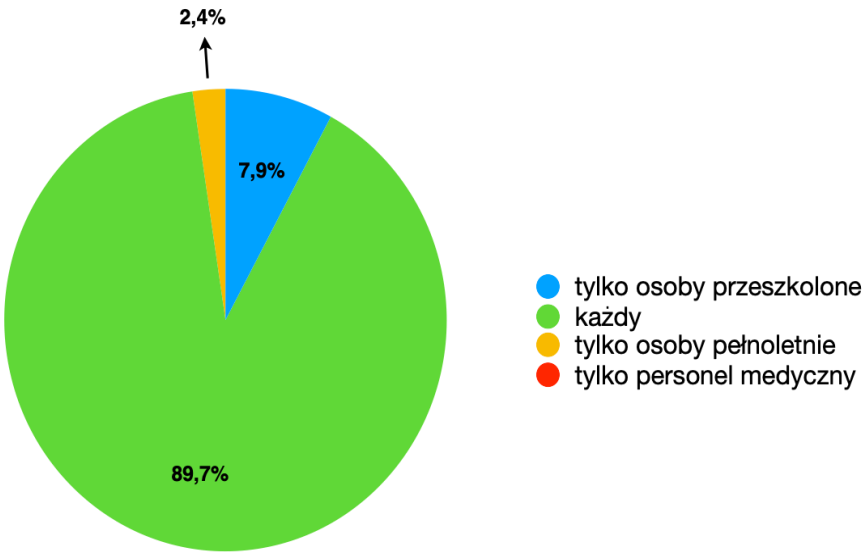
Kolejna analiza oceny poziomu swojej wiedzy na temat pierwszej pomocy wśród ankietowanych była porównana do wieku. Zależność jest nieistotna statystycznie przy p=0,15756. Wyniki przedstawia Tabela 4.

Tabela 14. Ocena poziomu swojej wiedzy na temat pierwszej pomocy a wiek

	Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę na temat pierwszej pomocy?									
wiek	bardzo dobry		dobry		przeciętny		słaby		brak wiedzy	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
18-25 lat	10	7,94%	11	8,73%	9	7,14%	11	8,73%	3	2,38%
26-30 lat	7	5,56%	9	7,14%	11	8,73%	4	3,17%	2	1,59%
31-35 lat	3	2,38%	2	1,59%	9	7,14%	1	0,79%	1	0,79%
36-40 lat	4	3,17%	2	1,59%	6	4,76%	5	3,97%	0	0,00%
41-50 lat	1	0,79%	4	3,17%	3	2,38%	1	0,79%	1	0,79%
powyżej 51 lat	1	0,79%	5	3,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
razem	26	20,63%	33	26,19%	38	30,16%	22	17,46%	7	5,56%

współczynnik p=0,15756

Na Rycinie 7 zostały przedstawione odpowiedzi na pytanie „Kto posiada obowiązek udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej?”. Najczęstszą odpowiedzią była „każdy” i stanowiła niemalże 90%. 10 osób uważało, że taki obowiązek mają tylko osoby przeszkolone i 3 osoby wskazało na „tylko osoby pełnoletnie”. Nikt wśród badanych nie zaznaczył odpowiedzi „tylko personel medyczny”.



Rycina 7. Świadomość obowiązku udzielania pierwszej pomocy

Analiza statystyczna obowiązku udzielania pierwszej pomocy do wieku nie wykazała istotności statystycznej, współczynnik p=0,17088. Szczegółowe wyniki zawarto w Tabeli 5.

Tabela 15. Obowiązek udzielania pierwszej pomocy a wiek

	Kto posiada obowiązek udzielania pierwszej pomocy?							
wiek	każdy		tylko osoby pełnoletnie		tylko osoby przeszkolone		tylko personel medyczny	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
18-25 lat	38	30,16%	0	0,00%	6	4,76%	0	0,00%
26-30 lat	32	25,40%	1	0,79%	0	0,00%	0	0,00%
31-35 lat	14	11,11%	0	0,00%	2	1,59%	0	0,00%
36-40 lat	14	11,11%	2	1,59%	1	0,79%	0	0,00%
41-50 lat	9	7,14%	0	0,00%	1	0,79%	0	0,00%
powyżej 51 lat	6	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
razem	113	89,68%	3	2,38%	10	7,94%	0	0,00%

współczynnik p=0,17088

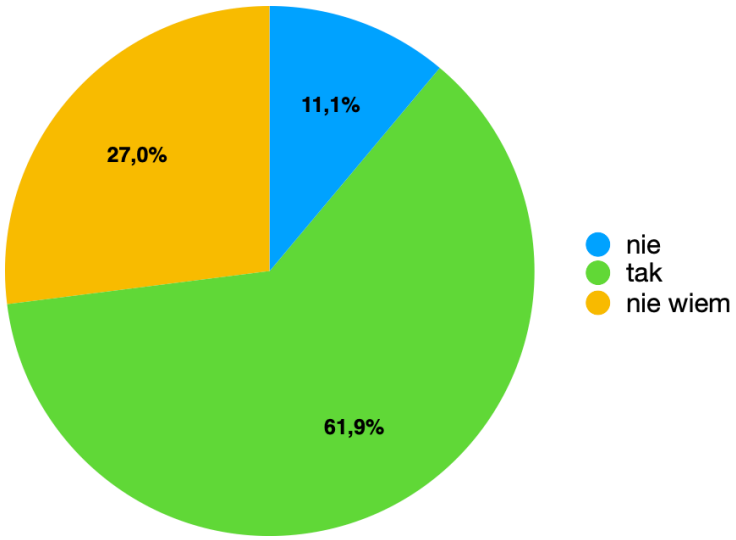
Analizie statystycznej poddano zależność obowiązku udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej i wykształcenia. Wykazano istotność statystyczną, p=0,00009. Wyniki przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 16. Obowiązek udzielania pierwszej pomocy a wykształcenie

	Kto posiada obowiązek udzielania pierwszej pomocy?							
wykształcenie	każdy		tylko osoby pełnoletnie		tylko osoby przeszkolone		tylko personel medyczny	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
podstawowe	3	2,38%	0	0,00%	3	2,38%	0	0,00%
zawodowe	7	5,56%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
średnie	11	8,73%	2	1,59%	3	2,38%	0	0,00%
wyższe	92	73,02%	1	0,79%	4	3,17%	0	0,00%
razem	113	89,68%	3	2,38%	10	7,94%	0	0,00%

współczynnik p=0,00009

Rycina 8 przedstawia uzyskane odpowiedzi na pytanie o umiejętność udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Ponad 60% ankietowanych uważało, że potrafiłoby udzielić pierwszej pomocy. 27% respondentów wskazało odpowiedź „nie wiem" i zaledwie 11% (n=14) nie była pewnych swoich umiejętności.



Rycina 8. Czy potrafiłby/potrafiłaby Pan/Pani udzielić pierwszej pomocy?

Wykonana analiza statystyczna dotycząca umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej i wykształcenia przedstawiona w Tabeli 7 wykazała istotność statystyczną przy p=0,02982.

Tabela 17. Umiejętność udzielania pierwszej pomocy a wykształcenie

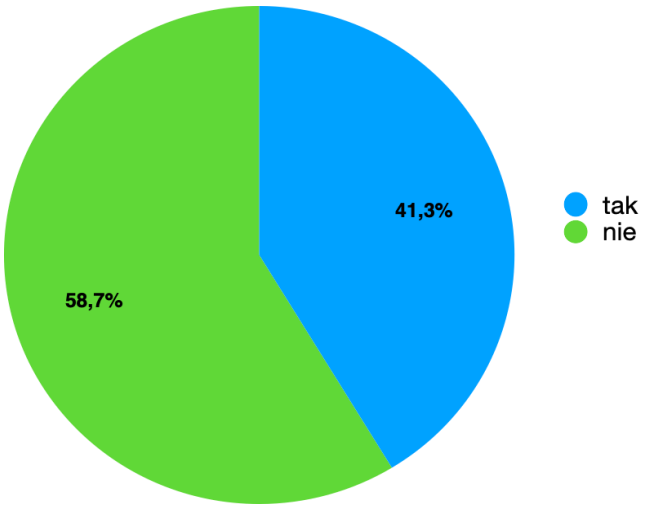
	Czy potrafiłby/potrafiłaby Pan/Pani udzielić pierwszej pomocy ?					
wykształcenie	tak		nie		nie wiem	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
podstawowe	2	1,59%	2	1,59%	2	1,59%
zawodowe	4	3,17%	3	2,38%	0	0,00%
średnie	5	3,97%	4	3,17%	7	5,56%
wyższe	67	53,17%	8	6,35%	22	17,46%
razem	78	61,90%	17	13,49%	31	24,60%

współczynnik p=0,02982

Na Rycinie 9 zostały przedstawione odpowiedzi na pytanie czy respondenci kiedykolwiek udzielali pierwszej pomocy przedmedycznej. Większość ankietowanych udzieliła odpowiedzi „nie” co stanowiło niemalże 60%.

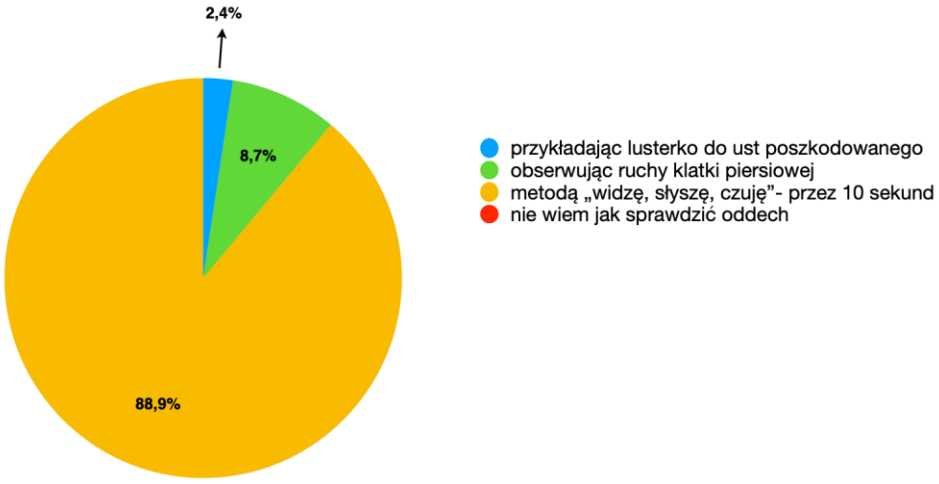
Rycina 9. Udzielanie pierwszej pomocy w przeszłości

Ankietowani zapytani na czym polega udrożnienie dróg oddechowych prawidłowo wybierali „odginając głowę do tyłu unosząc jednocześnie żuchwę” co stanowiło prawie 94% odpowiedzi. 5% (n=6) respondentów udzieliło błędnej odpowiedzi a dwie osoby wybrało „nie wiem”. Szczegółowe wyniki znajdują się na Rycinie 10.



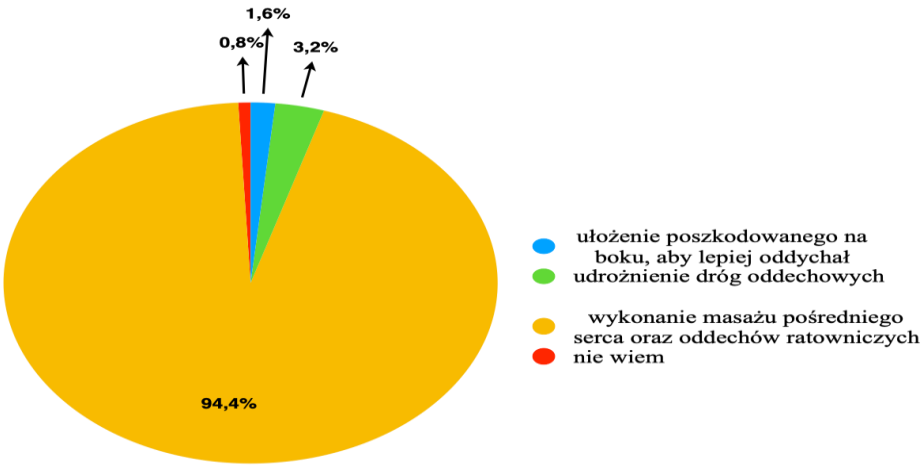
Rycina 12. Na czym polega udrożnienie dróg oddechowych?

Respondenci zapytani w jaki sposób sprawdzą oddech najczęściej odpowiadali prawidłowo w prawie 90% (n=112) przypadkach. Pozostała część osób wybrała w 8,7% samo obserwowanie ruchów klatki piersiowej oraz w 2,4% użyłoby w tym celu lusterka. Wyniki przedstawia Rycina 11.



Rycina 13. Sposób sprawdzania oddechu

Badanie sprawdzało znajomość terminu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Niespełna 95% respondentów udzieliła prawidłowej odpowiedzi na pytanie „Czy wie Pan/Pani co to jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa". wybierając „wykonanie masażu pośredniego serca oraz oddechów ratowniczych". Dokładne dane zostały przedstawione na Rycinie12.



Rycina 14. Znajomość terminu resuscytacji krążniowo-oddechowej

Analizie statystycznej poddano znajomość terminu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i płci ankietowanych. Zależność nie jest istotna statystycznie, współczynnik p=0,66602. Dane analizy przedstawiono w Tabeli 8.

Tabela 18. Znajomość terminu resuscytacji krążeniowo-oddechowej a płeć

	Czy wie Pan/Pani co to jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa?												
płeć	Wykonanie masażu pośredniego serca oraz oddechów ratowniczych			udrożnienie dróg oddechowych			ułożenie poszkodowanego na boku, aby lepiej oddychał			nie wiem			razem
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	
mężczyzna	49	38,89%	92,45%	2	1,59%	3,77%	1	0,79%	1,89%	1	0,00%	1,89%	53
kobieta	70	55,56%	95,89%	2	1,59%	2,74%	1	0,79%	1,37%	0	0,00%	0,00%	73
razem	119	94,44%		4	3,17%		2	1,59%		1	0,79%		126

współczynnik p=0,66602

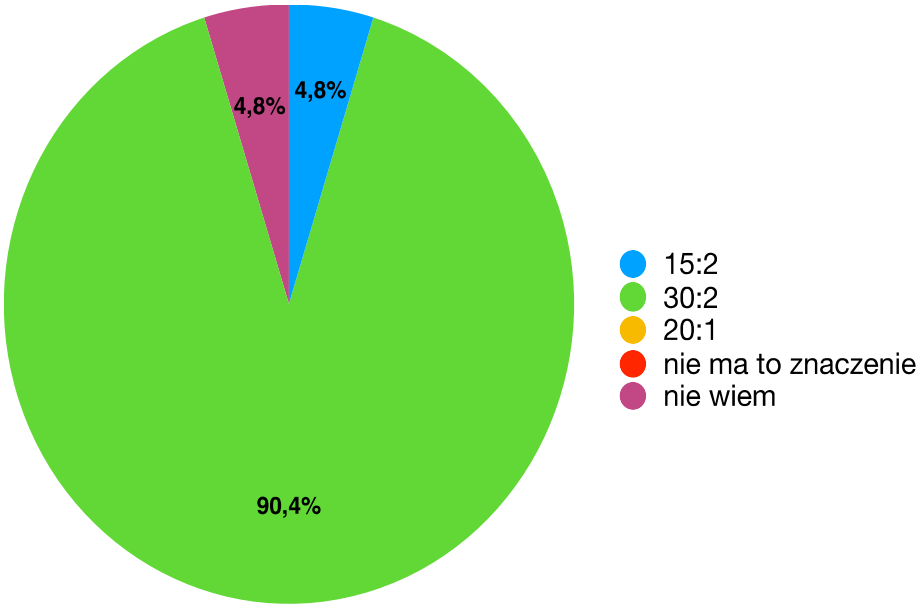
W analizie statystycznej znajomości terminu resuscytacji krążeniowo-oddechowej i wieku nie wykazano istotności statystycznej, p=0,44484. Wyniki przedstawia Tabela 9.

Tabela 19. Znajomość terminu resuscytacji krążeniowo-oddechowej a wiek

	Czy wie Pan/Pani co to jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa?							
wiek	Wykonanie masażu pośredniego serca oraz oddechów ratowniczych		udrożnienie dróg oddechowych		ułożenie poszkodowanego na boku, aby lepiej oddychał		nie wiem	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
18-25 lat	42	33,33%	1	0,79%	1	0,79%	0	0,00%
26-30 lat	32	25,40%	1	0,79%	0	0,00%	0	0,00%
31-35 lat	14	11,11%	1	0,79%	0	0,00%	1	0,79%
36-40 lat	15	11,90%	1	0,79%	1	0,79%	0	0,00%
41-50 lat	10	7,94%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
powyżej 51 lat	6	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
razem	119	94,44%	4	3,17%	2	1,59%	1	0,79%

współczynnik p=0,44484

Respondenci zapytani o stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas wykonywania RKO u osoby dorosłej najczęściej, bo w 114 przypadkach (90,5%) udzielali prawidłowej odpowiedzi „30:2”. Odpowiedzi „15:2” i „nie wiem” wybrało taka sama ilość respondentów, która stanowiła brakującą część całości ankietowanych osób. Rozkład odpowiedzi przedstawiono na Rycinie 13.



Rycina 15. Stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas RKO dorosłego

Analiza statystyczna wieku ankietowanych i znajomości stosunku uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych u osób dorosłych wykazała istotność statystyczną z współczynnikiem p=0,01249. Wyniki analizy przedstawiono w Tabeli 10.

Tabela 20. Stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych a płeć

	Czy wie Pan/Pani jaki jest stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas RKO u osoby dorosłej ?															
płeć	30:2			15:2			20:1			nie ma to znaczenia			nie wiem			
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	razem
mężczyz-na	45	35,71%	84,91%	2	1,59%	3,77%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	6	4,76%	11,32%	53
kobieta	69	54,76%	94,52%	4	3,17%	5,48%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	73
razem	114	90,48%		6	4,76%		0	0,00%		0	0,00%		6	4,76%		

współczynnik p=0,01249

W wykonanych analizach statystycznych zależności znajomości stosunku uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych u osób dorosłych do wieku (p=0,17750) i wykształcenia (p=0,51063) nie wykazały istotności statystycznej. Wyniki przedstawiają Tabela 11 i Tabela 12.

Tabela 21. Znajomość stosunku uciśnięć klatki piersiowej a oddechów ratowniczych a wiek

	Czy wie Pan/Pani jaki jest stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas RKO u osoby dorosłej ?									
wiek	30:2		15:2		20:1		nie ma to znaczenia		nie wiem	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
18-25 lat	42	33,33%	1	0,79%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%
26-30 lat	32	25,40%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%
31-35 lat	13	10,32%	2	1,59%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%
36-40 lat	14	11,11%	2	1,59%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%
41-50 lat	7	5,56%	1	0,79%	0	0,00%	0	0,00%	2	1,59%
powyżej 51 lat	6	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
razem	114	90,48%	6	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	6	4,76%

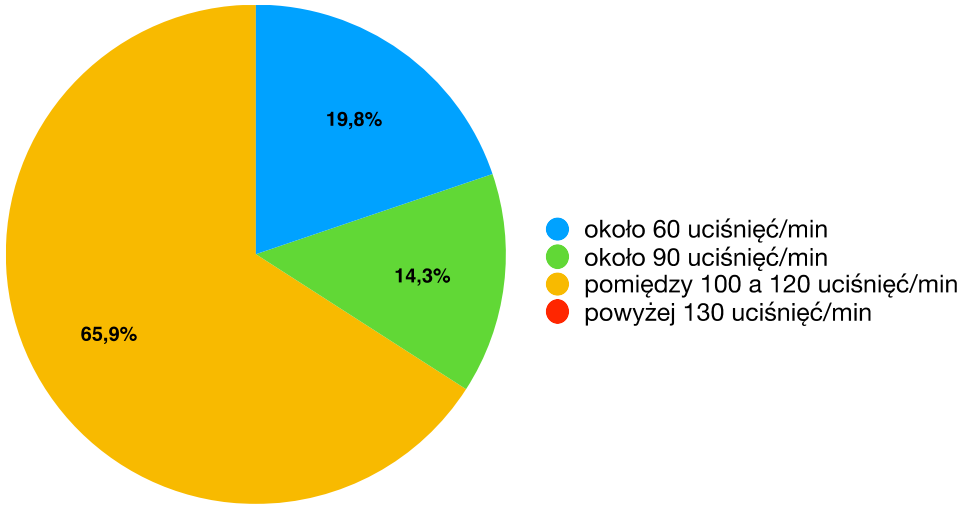
współczynnik p=0,17750

Tabela 22. Znajomość stosunku uciśnięć klatki piersiowej a oddechów ratowniczych a wykształcenie.

	Czy wie Pan/Pani jaki jest stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas RKO u osoby dorosłej ?									
wykształcenie	30:2		15:2		20:1		nie ma to znaczenia		nie wiem	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
podstawowe	5	3,97%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	4,76%
zawodowe	7	5,56%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
średnie	13	10,32%	2	1,59%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,79%
wyższe	89	70,63%	4	3,17%	0	0,00%	0	0,00%	4	3,17%
razem	114	90,48%	6	4,76%	0	0,00%	0	0,00%	11	8,73%

współczynnik p=0,51063

Kolejnym pytaniem związanym z resuscytacją krążeniowo-oddechową było: „Jaka jest prawidłowa częstotliwość uciśnięć klatki piersiowej?" Prawie 2/3 respondentów prawidłowo wskazała odpowiedź „pomiędzy 100 a 120 uciśnięć na minutę". Pozostała część ankietowanych wskazała odpowiedź „około 90 uciśnięć na minutę" (14,3%) oraz „około 60 uciśnięć na minutę" (19,8%). Szczegółowe wyniki odpowiedzi przedstawia Rycina 14.

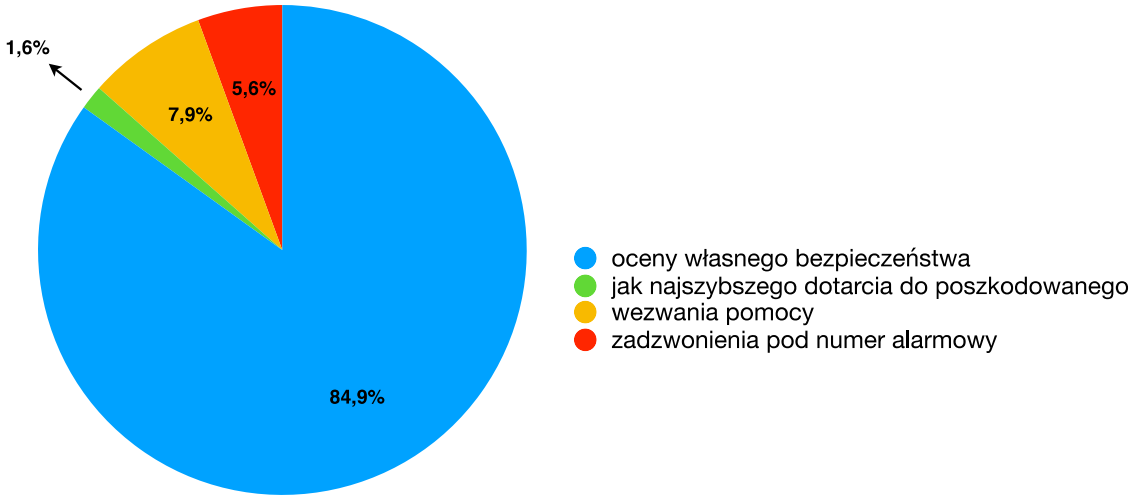


Rycina 16. Częstotliwość ucisków klatki piersiowej

Ankietowani zapytani na czym polega ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej w 89,7% odpowiedzieli prawidłowo. Drugą najczęstszą odpowiedzią była „ułożenie na plecach z głową odchyloną do tyłu". Szczegółowe dane przedstawia Rycina 15.

Rycina 17. Na czym polega ułożenie poszkodowanego w pozycji bezpiecznej

Niemal 85% ankietowanych zapytanych o pierwszą czynność na miejscu zdarzenia oceniłoby swoje bezpieczeństwo. Jedynie dwie osoby (1,6%) z grupy badanej wybrało jak najszybsze dotarcie do osoby poszkodowanej (Rycina 16).



Rycina 16. Od czego rozpoczniesz działania na miejscu zdarzenia?

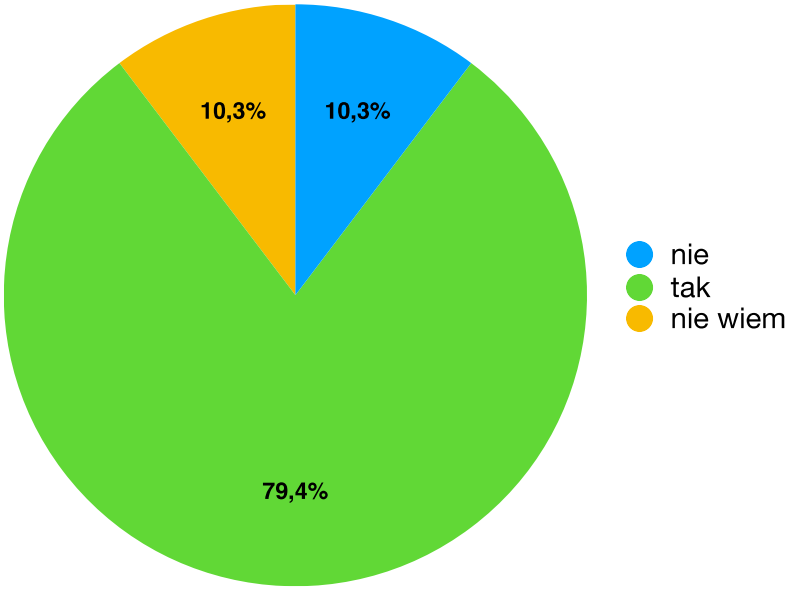
Analizie statystycznej poddano deklarację pierwszej czynności w udzielaniu pierwszej pomocy od płci. Zależność nie jest istotna statystycznie przy współczynniku p=0,10656. Analizę przedstawiono w Tabeli 13.

Tabela 23. Pierwsze czynności na miejscu zdarzenia a płeć

	Od czego rozpocznie Pan/Pani udzielanie pierwszej pomocy ?												
płeć	ocena bezpieczeństwa własnego			wezwania pomocy			zadzwonienia pod numer alarmowy			jak najszybszego dotarcia do poszkodowanego			
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	razem
mężczyzna	41	32,54%	77,36%	5	3,97%	9,43%	5	3,97%	9,43%	2	1,59%	3,77%	53
kobieta	66	52,38%	90,41%	5	3,97%	6,85%	2	1,59%	2,74%	0	0,00%	0,00%	73
razem	107	84,92%		10	7,94%		7	5,56%		2	1,59%		

współczynnik p=0,10656

Respondentów zapytano o możliwość stosowanie samych ucisków klatki piersiowej podczas wykonywania RKO i 100 (79,4%) z nich wskazało odpowiedź „tak”. Pozostałe osoby wskazały odpowiedzi „nie” i „nie wiem” w takim samym stosunku. Rycina 17 przedstawia odpowiedzi.



Rycina 17. Możliwość stosowania samych ucisków klatki piersiowej podczas RKO

Tabela 14 przedstawia rozkład odpowiedzi na pytanie czy w RKO można stosować same uciśnięcia klatki piersiowej wśród grup badanych odpowiadających na pytanie o stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych.

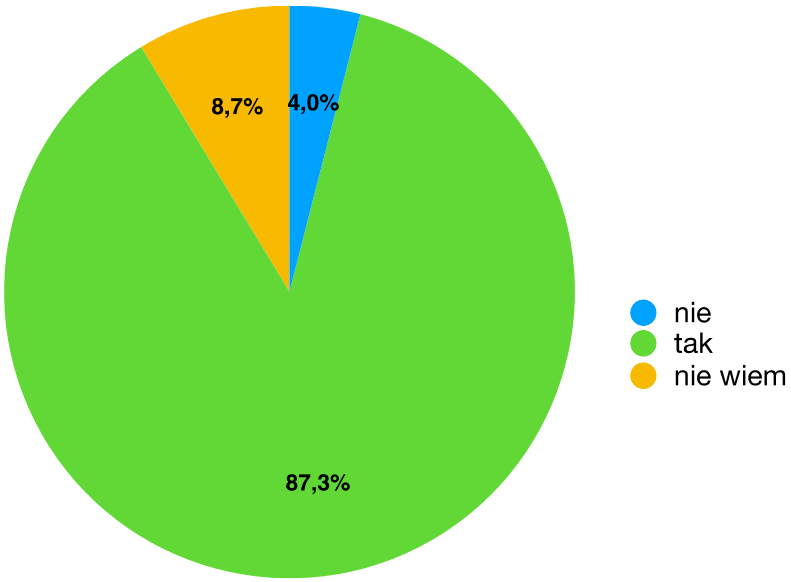
Tabela 24. Stosowanie samych ucisków klatki piersiowej a znajomość stosunku uciśnięć do oddechów podczas RKO u dorosłych

	Czy przy RKO można stosować same uciśnięcia klatki piersiowej?					
Czy wie Pan/Pani jaki jest stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych podczas RKO u osoby dorosłej ?	tak		nie		nie wiem	
	n	% z całości	n	% z całości	n	% z całości
30:2	94	74,60%	11	8,73%	9	7,14%
15:2	3	2,38%	0	0,00%	3	2,38%
nie wiem	3	2,38%	2	1,59%	1	0,79%
razem	100		13		13	

Na pytanie o znajomość AED wśród grupy badanej 79,4% osób udzieliła odpowiedzi twierdzącej, jednak 51,6% (n=65) respondentów deklarowała umiejętność jego obsługi. Co piąta osoba nie wiedziała co to automatyczny zewnętrzny defibrylator. Szczegółowe dane zostały przedstawione na Rycinie 18.

Rycina 18. Znajomość AED

W pytaniu o to czy istnieją różnice pomiędzy resuscytacją krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci większość ankietowanych, 87,3% miało świadomość ich obecności. Wyniki przedstawiono na Rycinie 19.



Rycina 19. Świadomość odrębności w RKO u dzieci i dorosłych

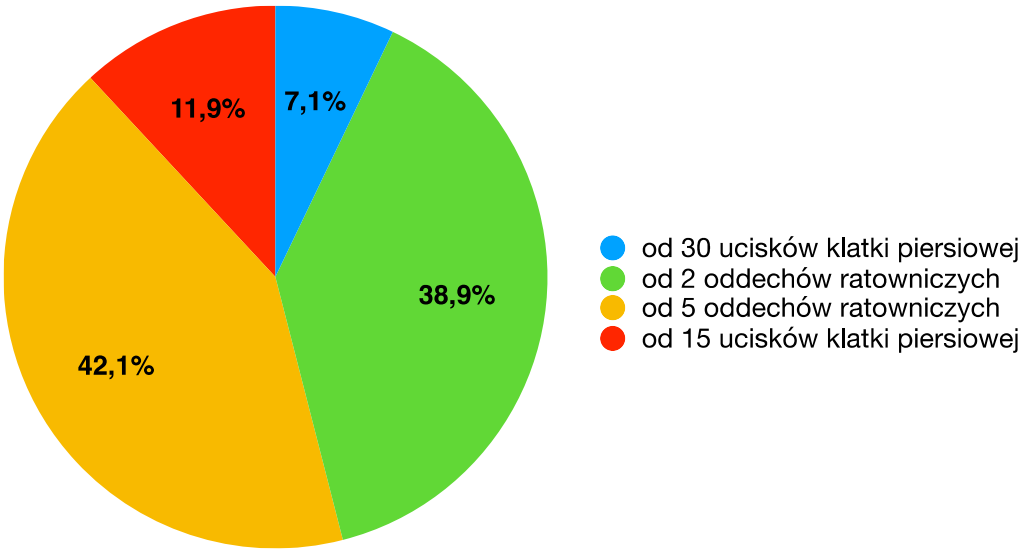
Analiza statystyczna pytania o występowanie różnic pomiędzy RKO u dorosłych i u dzieci ze względu na płeć ankietowanych przedstawia Tabela15.

Tabela 25. Różnice w RKO a płeć

	Czy RKO u dzieci różni się od RKO u dorosłych?								
płeć	tak			nie			nie wiem		
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy
mężczyzna	45	35,71%	84,91%	1	0,79%	1,89%	7	5,56%	13,21%
kobieta	65	51,59%	89,04%	4	3,17%	5,48%	4	3,17%	5,48%
razem	110	87,30%		5	3,97%		11	8,73%	

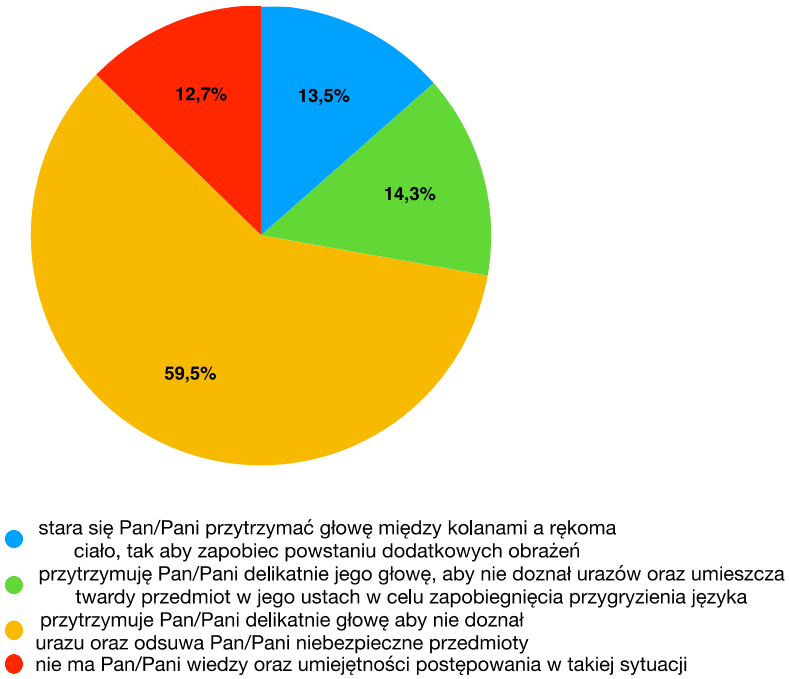
współczynnik p=0,20602

Odpowiedzi na pytanie: „Od czego rozpocznie Pan/Pani resuscytację krążeniowo-oddechową u dziecka?" przedstawia Rycina 20. 42,1% ankietowanych dokonała prawidłowego wyboru odpowiedzi „od 5 oddechów ratowniczych". 19% respondentów zaznaczyła jedną z dwóch odpowiedzi o rozpoczęciu RKO u dziecka od uciśnięć klatki piersiowej.



Rycina 18. Rozpoczęcie RKO u dziecka

W pytaniu o postępowanie w razie wystąpienia drgawek u dziecka 75 (59,5%) ankietowanych odpowiedziało prawidłowo. 16 (12,7%) osób biorących udział w badaniu deklarowała brak wiedzy na temat postępowania w tym stanie nagłym. Rycina 21 przedstawia wyniki.

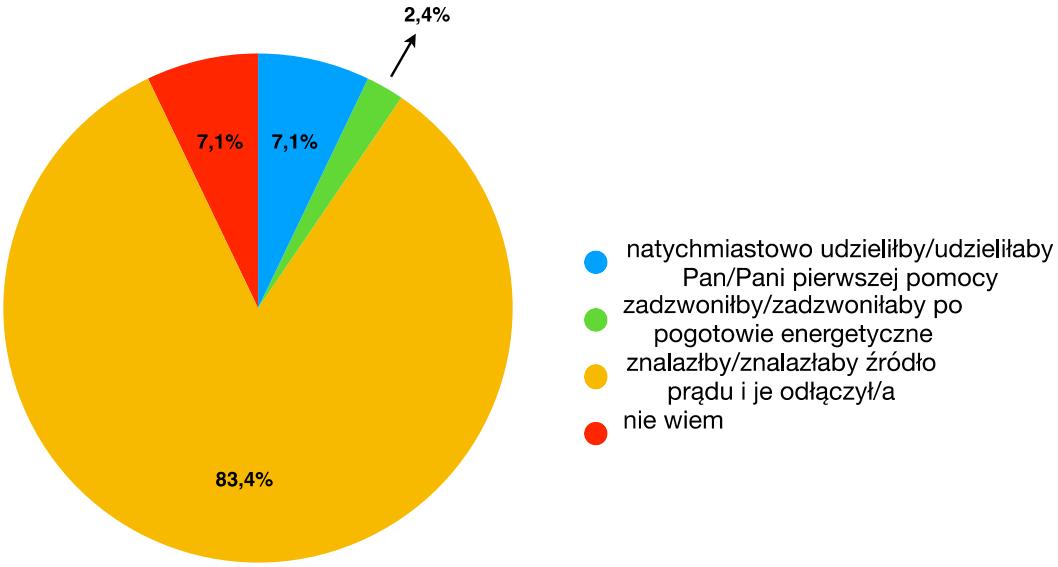


Rycina 19. Postępowanie przy napadzie drgawek

Pytając o miejsce ucisku klatki piersiowej podczas RKO u dziecka 57,9% ankietowanych udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi lub deklarowało brak pewności. Na Rycinie 22 zaprezentowano podział odpowiedzi respondentów.

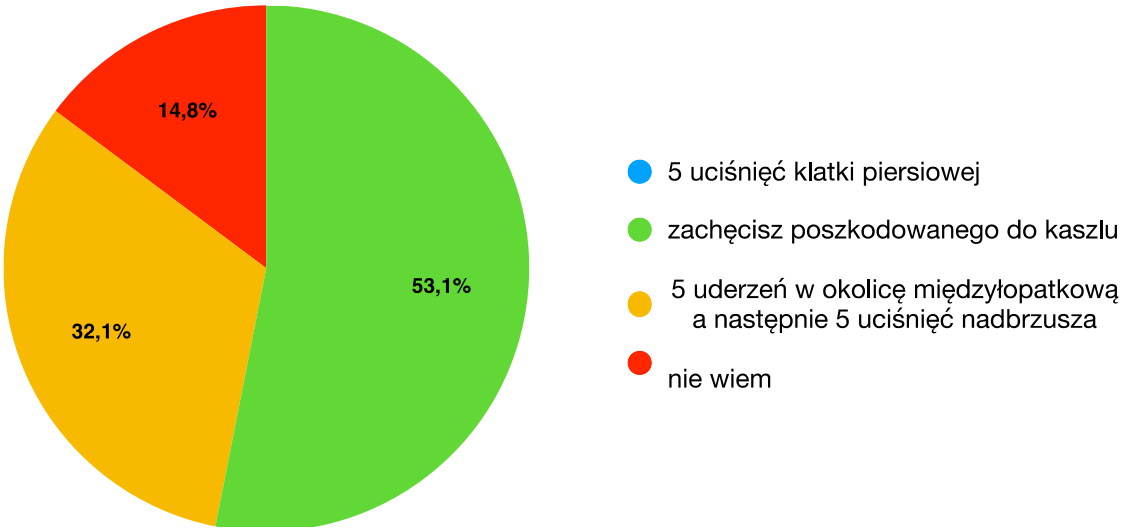
Rycina 20. Miejsca uciśnięć klatki piersiowej u dziecka

Na pytanie „W przypadku porażenia prądem, co zrobiłby/zrobiłaby Pan/Pani po ocenie bezpieczeństwa własnego?" w 83,3% (n=105) odpowiadali prawidłowo, że znaleźliby i wyłączyli źródło prądu. W 9% przypadków nie posiadali wiedzy na temat postępowania. Taka sama liczba ankietowanych wybrała odpowiedź: „natychmiastowo udzieliłby/udzieliłaby Pan/Pani pierwszej pomocy". Rycina 23 przedstawia dokładne wyniki.



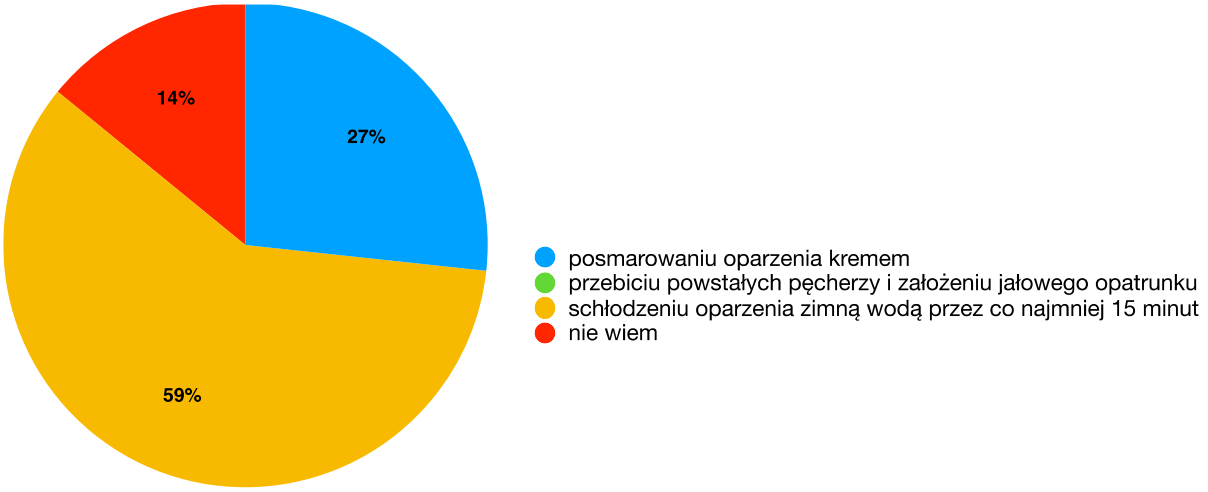
Rycina 21. Postępowanie w przypadku porażenia prądem

Nieco ponad połowa respondentów (53,1%) badanej grupy znała prawidłowe postępowanie w razie wystąpienia niedrożności dróg oddechowych spowodowanej ciałem obcym u osoby przytomnej. 14,8% ankietowanych deklarowało brak wiedzy na temat czynności ratujących w tym stanie nagłym. Szczegółowe dane zostały zawarte na Rycinie 24.



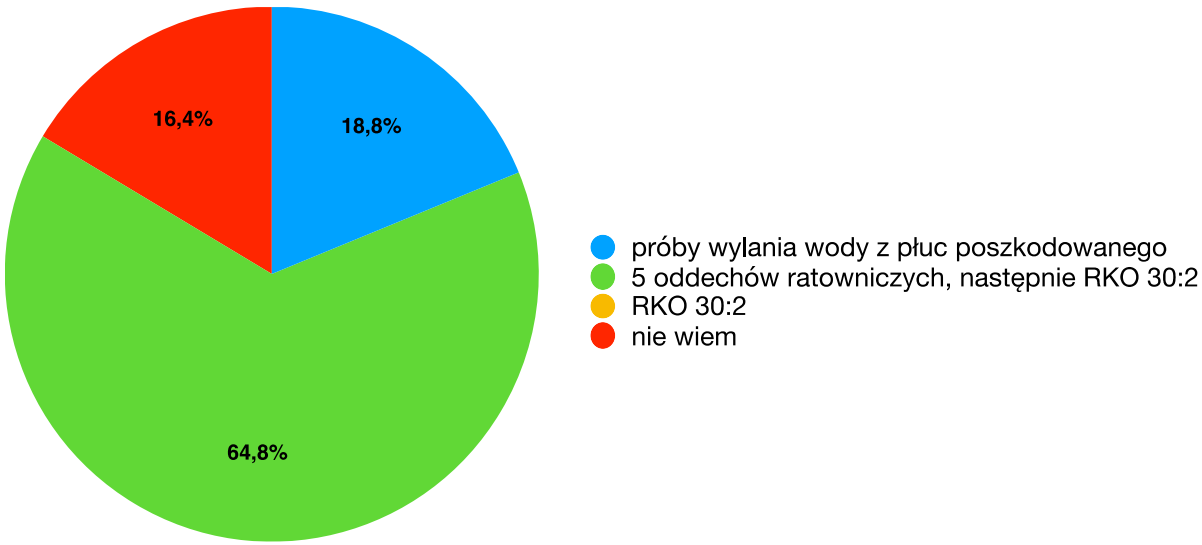
Rycina 22. Postępowanie w zadławieniu

Znajomość pierwszej pomocy w oparzeniach termicznych można stwierdzić u prawie 60% ankietowanych. Rycina 25 przedstawia szczegółowe wyniki. Nikt z respondentów nie udzielił odpowiedzi, sugerującej przebijanie powstałych pęcherzy i zabezpieczenie oparzenia jałowym opatrunkiem.



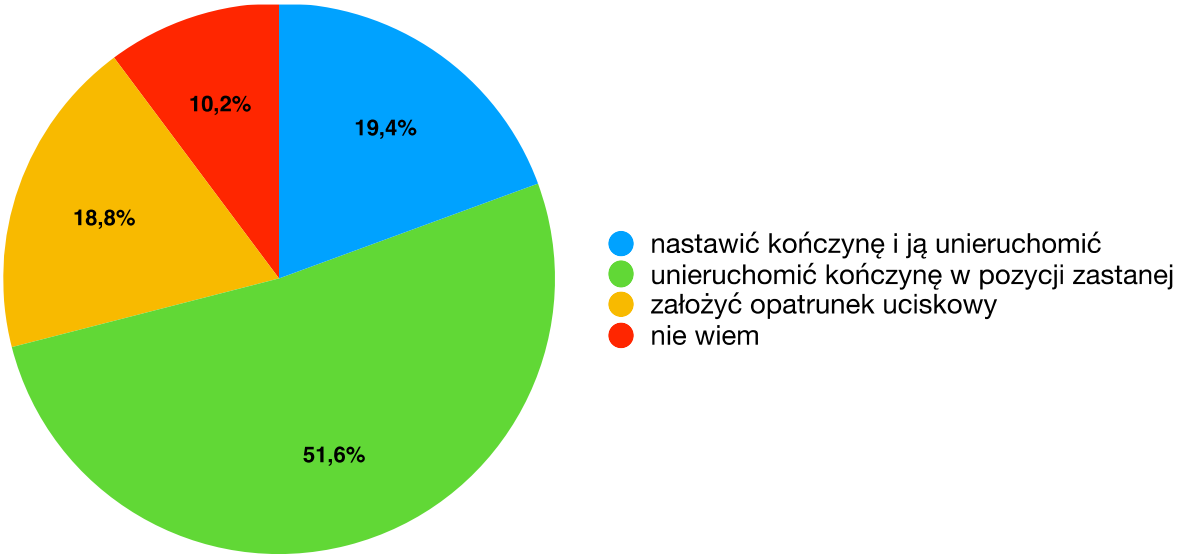
Rycina 23. Postępowanie w poparzeniach

Respondenci zapytani od czego rozpoczęliby RKO w przypadku nieoddychającej podtopionej osoby w 64,8% przypadków prawidłowo wskazywali odpowiedź „5 wdechów ratowniczych, następnie 30 uciśnięć/ 2 wdechy". Nikt spośród ankietowanych nie wybrał opcji rozpoczęcia klasycznego algorytmu RKO. Szczegółowe wyniki przedstawia Rycina 26.



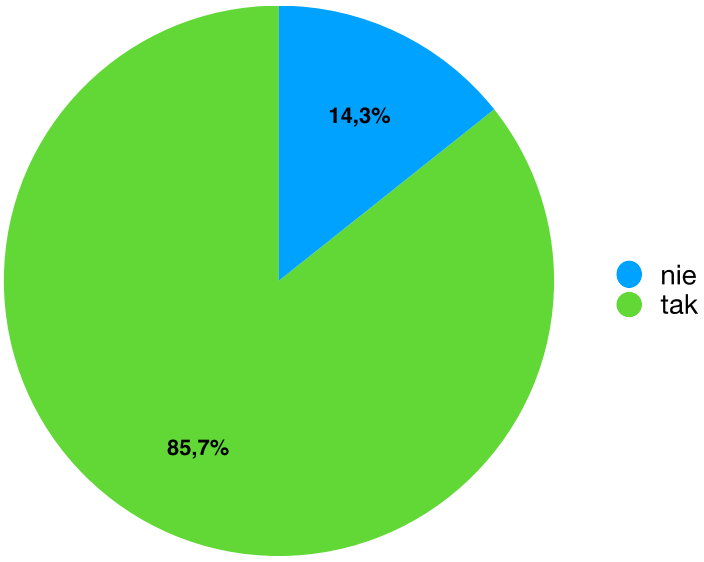
Rycina 26. Rozpoczęcie RKO u osoby podtopionej

Ankietowani zapytani o postępowanie w przypadku podejrzenia złamania w lekko ponad 50% wskazywali prawidłową odpowiedź. Co dziesiąta osoba nie posiadała wiedzy na ten temat, a pozostałe dwie błędne odpowiedzi wybierała podobna ilość respondentów. Dane szczegółowe zawiera Rycina 27.



Rycina 27. Postępowanie w podejrzeniu złamania

Respondenci zapytani o zainteresowanie zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej w 85,7% odpowiadali twierdząco.
Wyniki przedstawiono na Rycinie 28.



Rycina 28. Chęć zwiększania wiedzy na temat pierwszej pomocy

Przeprowadzona analiza statystyczna pytania o zainteresowanie zwiększania wiedzy na temat pierwszej pomocy a płcią ankietowanych nie wykazała istotności statystycznej przy współczynniku p=0,21041. Szczegółowe dane analizy przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 26. Zainteresowanie zwiększaniem wiedzy a płeć

	Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy ?					
płeć	tak			nie		
	n	% z całości	% grupy	n	% z całości	% grupy
mężczyzna	43	34,13%	81,13%	10	7,94%	18,87%
kobieta	65	51,59%	89,04%	8	6,35%	10,96%
razem	108	85,71%		18	14,29%	

współczynnik p=0,20602

Istotność statystyczną stwierdzono w analizie statystycznej pytania o zainteresowanie zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy w zależności od deklarowanej umiejętności udzielenia pierwszej pomocy, współczynnik p=0,00513.
Szczegółowe dane przedstawia Tabela 17.

Tabela 27. Zwiększanie wiedzy na temat pierwszej pomocy a umiejętność je udzielania

	Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy ?			
Cy potrafiłby/potrafiłaby Pan/Pani udzielić pierwszej pomocy?	tak		nie	
	n	% z całości	n	% z całości
tak	70	55,56%	8	6,35%
nie	8	6,35%	6	4,76%
nie wiem	30	23,81%	4	3,17%
razem	108	85,71%	18	14,29%

współczynnik p=0,00513

Kolejna analiza statystyczna tego samego pytania uzależniona była od poziomu wiedzy na temat pierwszej pomocy i okazała się istotna statystycznie przy współczynniku p=0,00815. Wyniki przedstawiono w Tabeli 18.

Tabela 28. Chęć zwiększania wiedzy a poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy

	Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy ?			
Jak oceni Pan/Pani swój poziom wiedzy o udzielaniu pierwszej pomocy?	tak		nie	
	n	% z całości	n	% z całości
bardzo dobry	25	19,84%	1	0,79%
dobry	27	21,43%	6	4,76%
przeciętny	33	26,19%	5	3,97%
słaby	20	15,87%	2	1,59%
brak wiedzy	3	2,38%	4	3,17%
razem	108	67,46%	18	9,52%

współczynnik p=0,00815

Nieistotną statystycznie była wykonana analiza statystyczna chęci zwiększania wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej i udzielania pierwszej pomocy w przeszłości. Współczynnik p=0,76761, wyniki przedstawiono w Tabeli 19.

Tabela 29. Chęć zwiększania wiedzy na temat pierwszej pomocy a udzielanie jej w przeszłości

	Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a zwiększaniem wiedzy na temat pierwszej pomocy ?			
Czy udzielał/a Pan/Pani pierwszej pomocy?	tak		nie	
	n	% z całości	n	% z całości
tak	44	34,92%	8	6,35%
nie	64	50,79%	10	7,94%
razem	108	85,71%	18	14,29%

współczynnik p=0,76761

DYSKUSJA

Intencją przeprowadzonego badania było określenie poziomu wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej mieszkańców powiatu białostockiego. Objęło one 126 respondentów, gdzie 58% stanowiły kobiety i 42% mężczyzn. Osoby w wieku 18-25 lat stanowiły lekko ponad 1/3 badanych.

46,8% ankietowanych określiło swój poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej jak bardzo dobry lub dobry, natomiast poziom przeciętny deklaruje 30,2% ankietowanych. W badaniach Salwy i wsp. zauważa się, że aż około 40% badanych określiło swój stan wiedzy na temat jako przeciętny. Wyniki sondażu przeprowadzonego przez Woźniak i wsp. wskazują, że aż 53,2% respondentów stwierdza brak wystarczającej wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej [2].

W badaniu własnym wykazano, że aż 84,9% osób brało udział w zajęciach z pierwszej pomocy, co wydaje się zadawalającym rezultatem w porównaniu do wyników badania Salwy i wsp., gdzie zaledwie 60% respondentów uczestniczyło w takich szkoleniach. W analizie przeprowadzonej przez Woźniak i wsp. ankietowani jako główne źródło wiedzy na temat pierwszej pomocy deklarowali w większości (64,2%) uczestnictwo w zajęciach przeprowadzanych w szkole bądź na studiach. Porównywalne wyniki otrzymano w badaniu własnym, gdzie 45,5% ankietowanych udzieliło podobnej odpowiedzi [2, 3].

Skitek i wsp. w przeprowadzonej analizie na temat znajomości zagadnień pierwszej pomocy wśród studentów miasta Poznań, 70% respondentów w przeszłości udzielała pierwszej pomocy przedmedycznej, natomiast Patryn i wsp. wskazują, że około 70% ankietowanych nigdy nie musiała podejmować pierwszej pomocy, a 82% przystąpiło do niej, gdy zaszła taka konieczność. Badania własne wykazały, że niemalże 60% ankietowanych nie udzielało pierwszej pomocy w przeszłości [4, 5].

Według wyników analizy własnej, umiejętności udzielania pierwszej pomocy deklaruje nieco więcej niż 60% respondentów przy poziomie wiedzy określonym jako „brak wiedzy" u około 5% ogółu. Wyniki Patryna i wsp. wskazują zaledwie 49% ankietowanych, którzy umieliby udzielić pierwszej pomocy, a co dziewiąta osoba objęta tym badaniem nie ma wystarczających umiejętności do jej przeprowadzenia [5].

Prawidłowe udrożnienie dróg oddechowych i sprawdzenie oddechu są istotnymi umiejętnościami podczas udzielania pierwszej pomocy. W badaniach własnych stwierdzono, że 93,6% ankietowanych potrafiłoby udrożnić drogi oddechowe oraz niemalże 90% osób w prawidłowy sposób oceniłoby oddech u osoby poszkodowanej. W badaniach Pietrzyka i wsp.

wskazuje się na niski odsetek ankietowanych, którzy potrafią prawidłowo udrożnić drogi oddechowe (39%) i tylko 65% badanych prawidłowo go oceni [6].

Przeprowadzone badania własne ukazują wysoki odsetek ankietowanych, którzy znają prawidłowy stosunek uciśnięć klatki piersiowej do oddechów ratowniczych i wynosi on 90%. W badaniach przeprowadzonych przez Pietrzyka i wsp. oraz Patryna i wsp. uzyskano odpowiednio 49% i 72% prawidłowych odpowiedzi [5, 6].

Wczesne wykonanie defibrylacji u osoby w NZK znacząco zwiększa szansę na jej przeżycie. Wyniki badania własnego wskazują, że umiejętność posługiwania się automatycznym defibrylatorem zewnętrznym posiada ponad połowa ankietowanych. Ponad 1/4 osób biorąca udział w badaniu wie co to AED, ale nie potrafiłaby go użyć. Sama znajomość sensowności wczesnej defibrylacji sugeruje, że w razie udzielania pierwszej pomocy osobie z NZK, niemalże 80% ankietowanych użyłaby AED. Badania Nowak sugerują, że wśród nauczycieli powiatu myślenickiego prawie 90% ankietowanej grupy wie co to jest AED oraz porównywalny odsetek wie do czego służy [7].

W pytaniach szczegółowych o stany nagłe omawiane w pracy własnej, prawidłowe odpowiedzi ankietowanych oscylowały w granicach 60%. Sugeruje to, że mieszkańcy powiatu białostockiego wykazują dużą wiedzę na temat rozpoznania NZK i prowadzenia RKO, a w mniejszym stopniu potrafiliby udzielić pomocy w innych stanach nagłych. Porównując wyniki pracy własnej oraz Salwy i wsp., także zauważono, że „w znacznym stopniu nie potrafią udzielić pierwszej pomocy w odpowiednim zakresie.", przy wysokim odsetku prawidłowych odpowiedzi o NZK i RKO [2].

Nie we wszystkich porównanych pracach stwierdza się chęć zwiększania wiedzy na temat pierwszej pomocy przez ankietowanych. Badania Salwy i wsp. określiły niechętne pogłębianie swojej wiedzy przy „dostatecznym" jej poziomie. Pietrzyk i wsp. zaznacza, że „Ponad połowa badanych uczestniczyła w szkoleniu z pierwszej pomocy, jednakże duża część ankietowanych (90%) wyraża chęć udziału w szkoleniu kładącym nacisk na umiejętności praktyczne.". Badanie przeprowadzone wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przeprowadzonego przez Olejniczaka i wsp. ponad połowa ankietowanych nie wykazała ochoty w zwiększaniu wiedzy na temat pierwszej pomocy. Według wyników badania własnego można określić, że 85,7% badanej grupy wykazuje chęć pogłębiania wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej. Ciekawym jest fakt, że osoby oceniające swój poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy jako „bardzo dobry" i „dobry" także wyrażają chęć uczestnictwem w szkoleniach lub kursach [2, 6, 8].

WNIOSKI

Z przeprowadzonej analizy badania wykazano następujące wnioski:

1. Zdecydowana większość osób zamieszkujących powiat białostockich uczestniczyła w zajęciach lub szkoleniach z pierwszej pomocy przedmedycznej i w prawie połowie przypadków odbywało się to na studiach lub w szkole.
2. Niespełna 1/4 mieszkańców powiatu białostockiego deklarowała brak lub słaby poziom wiedzy na temat pierwszej pomocy, a zaledwie 6 osób z tej grupy nie wyrażało zainteresowania poszerzania wiedzy.
3. Większość ankietowanych deklarowało umiejętność udzielania pierwszej pomocy a najwyższy odsetek tych osób miało wykształcenie wyższe. Mieszkańcy powiatu białostockiego wykazali się zdecydowanie lepszą wiedzą na temat rozpoznania Nagłego zatrzymania krążenia i prawidłowo przeprowadzonej resuscytacji krążeniowo-oddechowej niż udzielania pierwszej pomocy w innych stanach nagłych.
4. Zdecydowana większość respondentów wyraziła chęć pogłębiania wiedzy na temat pierwszej pomocy przedmedycznej.
5. Wiek mieszkańców powiatu białostockiego nie miał istotnego znaczenia na samoocenę swego poziomu wiedzy.

PISMIENNICTWO

1. Patryn R., Żyśko M., Sobczyńska M.: Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012; 18(4): 324-329.
2. Salwa A., Babiarz A., Nowak-Starz G.: Poziom wiedzy mieszkańców wsi na temat czynności udzielania pierwszej pomocy. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 3(65): 459–463.
3. Woźniak Krystyna, Jędrzejczyk Marzena, Dorota Ozga, Lewandowski Bogumił. Knowledge of students on providing premedical first aid. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(8): 1101-1112.
4. Skitek I., Witt M., Goniewicz M.: Ocena znajomości zagadnień z pierwszej pomocy wśród studentów uczelni uniwersyteckich miasta Poznania. Nowiny Lekarskie 2012; 81 (6): 641–646.

5. Patryn R, Żyśko M, Sobczyńska M. Analiza poziomu wiedzy i znajomości prawa dotyczącego zasad udzielania pierwszej pomocy wśród grupy aktywnych kierowców województwa lubelskiego. Medycyna Ogóla i Nauki o Zdrowiu 2012; 18(4): 324-329.
6. Pietrzyk Ł., Maciejewski R., Torres A., Torres K., Witkowski G., Denisow-Pietrzyk M. Analiza wiedzy pracowników zakładów przemysłowych na temat udzielania pierwszej pomocy. Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 2: 168-174.
7. Nowak E., Pierzak M.: Poziom wiedzy studentów studiów medycznych i niemedycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Pielęgniarstwo Polskie 2018; 67(1): 65-70.
8. Olejniczak D., Miciuk D., Religioni U. Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013; 3(2): 101–110.

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

Patrycja Ślepowrońska[1,2], Krystyna Klimaszewska[3]

1. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Oddział Pediatrii i Neurologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im J. Śniadeckiego w Białymstoku
3. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Definicja chorób przenoszony drogą płciową

STD (choroby przenoszone drogą płciową) kiedyś nazywane chorobami wenerycznymi, należą do grupy chorób zakaźnych. Do zakażenia tymi schorzeniami dochodzi głównie podczas kontaktów seksualnych, ale wyróżnia się też inne drogi transmisji takie jak kontakt z krwią osoby zakażonej, pokarm matki, czy robienie tatuaży niesterylnym sprzętem. Zakażenie najczęściej objawia się miejscowo dotykając narządów płciowych oraz skóry, lecz może również dojść do zakażenia uogólnionego [1].

Do drobnoustrojów wywołujących STD zalicza się:

- Bakterie:
  - ✓ Dwoinka rzeżączki- rzeżączka
  - ✓ Krętek blady- kiła
  - ✓ Shigella flexneri, Salmonella- zakażenie bakteryjne przewodu pokarmowego
  - ✓ Clamydie, rzęsistki, ureaplazmy- NGU (nierzężączkowe zapalenie cewki moczowej)
- Wirusy:
  - ✓ Wirusy zapalenia wątroby (typ A, B, C)- HAV (wirusowe zapalenie wątroby typu A), HBV (wirusowe zapalenie wątroby typu B), HCV (wirusowe zapalenie wątroby typu C)
  - ✓ Wirus brodawczaka ludzkiego- kłykciny kolczyste
  - ✓ Wirus HIV- AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności)
  - ✓ Wirus Epsteina Barr- leukopenia włochata
  - ✓ Wirus opryszczki- opryszczka zwykła
  - ✓ Wirus mięczka zakaźnego- mięczak zakaźny
  - ✓ Wirus cytomegalii- cytomegalia [1].

- Pasożyty:
  - ✓ Wesz łonowa- wszawica
  - ✓ Świerzbiec ludzki- świerzb
  - ✓ Grzyby:
  - ✓ Candida albicans- drożdżyca
- Robaki:
  - ✓ Owsik ludzki- owsica
- Pierwotniaki:
  - ✓ Rzęsistek pochwowy- rzęsistkowica [1].

Leczenie chorób przenoszonych drogą płciową zazwyczaj daje szybki i skuteczny efekt. Ważne jest wczesne rozpoznanie i właściwe dobranie leków. Opóźnienie rozpoczęcia terapii może doprowadzić do poważnych powikłań zdrowotnych oraz drogiego, wysokospecjalistycznego leczenia. Bardzo ważnym elementem zwalczania chorób wenerycznych są działania profilaktyczne i edukacja społeczeństwa w zakresie dróg transmisji oraz prawidłowych zachowań zdrowotnych [1, 2].

ROZWINIĘCIE

Kiła

Kiłę definiuje się jako ogólnoustrojową chorobę zakażoną wywołaną przez Treponema pallidum subspecies pallidum. Do zakażenia dochodzi głównie poprzez kontakty seksualne lub przez barierę łożyskową z matki na dziecko. Rzadziej do zakażenia dochodzi w czasie kontaktu skóry z zakaźnym materiałem biologicznym i zazwyczaj dotyczy personelu medycznego. Choroba ta charakteryzuje się wieloletnim okresem objawowym i następującym po nim okresem bezobjawowym, aż do kiły później, bardzo groźnej w skutkach. Krętek blady wnika przez uszkodzoną skórę, błonę śluzową lub bezpośrednio do układu krwionośnego, gdzie drogami żylnymi i chłonnymi szerzy zakażenie. W ciągu kilkunastu godzin dochodzi do ogólnoustrojowej infekcji organizmu. Zakaźność kiły jest zależna od etapu choroby. Największą można zaobserwować w okresie pierwszych 2 lat z powodu nasilenia bakteriemii oraz sączących zmian skórnych. W późniejszej fazie choroby zmniejsza się, praktycznie wygasając [3].

Podział kiły:

- Wrodzona
  - ✓ Wczesna
  - ✓ Późna
- Nabyta
  - ✓ Wczesna (trwa do 2 lat)
    - Kiła objawowa wczesna: kiła I okresu i kiła II okresu
    - Kiła utajona wczesna
  - Późna (trwa powyżej 2 lat)
    - Kiła utajona późna
    - Kila objawowa późna [3].

Epidemiologia

Kiła stanowi jedną z najlepiej udokumentowanych chorób zakaźnych na świecie, gdyż podlega obowiązkowej rejestracji. Badania epidemiologiczne wykazują związek między zapadalnością na kiłę, a warunkami społeczno-ekonomicznymi, obyczajowymi oraz politycznymi [1]. Do grupy najbardziej narażonej na zakażenie krętkiem bladym są 20-24 letnie kobiety, 35-39 letni mężczyźni, prostytutki, osoby żyjące w związkach homoseksualnych, narkomani oraz ludzie żyjące w skrajnym ubóstwie, bezdomni, bezrobotni. Na świecie według Światowej Organizacji Zdrowia chorych na kiłę jest 36 milionów ludzi w wieku 15-49 lat. W ciągu roku odnotowano około 12 milionów zachorowań na wszystkie postacie kiły z czego 2/3 pochodzące z krajów afrykańskich i południowo-wschodniej Azji [3]. W Polsce w 2010 do rejestru wpisano 817 zakażeń krętkiem bladym kiły, co w porównaniu z rokiem poprzednim daje 417 mniej przypadków. Ponadto współczynnik zapadalności wynosił 2,14 na 100000 mieszkańców. Dodatkowa od lat 90 można zaobserwować tendencje wzrostową zachorowalności na kiłę. Negatywny wpływ na sytuacje epidemiologiczną ma brak środków finansowych na działania profilaktyczne i edukację społeczeństwa oraz łatwy dostęp do usług seksualnych [3].

Obraz kliniczny

Kiła charakteryzuje się zróżnicowanym obrazem klinicznym w zależności od fazy choroby. Na czas trwania okres wylęgania zakażenia wpływa odporności pacjenta oraz liczba i zjadliwości bakterii w krwioobiegi, średnio wynosi 21 dni. Etap ten poprzedza wystąpienie objawu pierwotnego z towarzyszącym powiększenie węzłów chłonnych. Cechy te są typowe

dla kiły nabytej I okresu trwającej od 3 do 9 tygodni. Objaw pierwotny, czyli stwardnienie pierwotne to owrzodzenie narządów płciowych lub okolic poza płciowych, takich jak odbyt, wargi, jama ustna, migdałki, palce rąk [3]. Najczęściej posiada regularny kształt, gładką powierzchnie, bez cech stanu zapalnego i ustępuje samoistnie po kilku tygodniach [1]. Obecnie częściej można zaobserwować nietypowe morfologicznie lub lokalizacyjnie objawy pierwotne, do których należą owrzodzenia mnogie, objaw odbitkowy, szczelinowy, opryszczkopodobny, poronny, zapalenia sromu, pochwy, żołędzi. Najczęściej występującym powikłaniem I okresu kiły jest nieodprowadzalność zadzierzgnięcie napletka [3].

Około 9 tygodnia zakażenia rozpoczyna się kiła II okresu, który charakteryzuje się znacznym wzrostem bakteriemii, oddziaływaniem kompleksów immunologicznych i odczynu tkankowego. Głównymi objawami klinicznymi tej fazy są osutki skórne, zmiany na błonach śluzowych, bielactwo, łysienie, powiększenie węzłów chłonnych oraz zmiany narządowe. Pojawienie się osutki wczesnej lub nawrotowej jest związane z odkładaniem kompleksów immunologicznych w naczyniach oraz o posocznicy krętkowej. Wśród osutek charakterystycznych dla II okresy kiły wyróżniamy plamiste zwykle wczesne, która występuje na bocznej części tułowia i przedniej powierzchni rąk, ma regularny kształt, cielisto różowy zabarwienie, gładką powierzchnie, zazwyczaj ustępuje samoistnie, nie pozostawiając blizn. Na stopach, dłoniach, twarz, owłosionej skórze głowy, w okolicy narządów płciowych czy w otoczeniu naturalnych otworów pojawiają się osutki grudkowe. Utrzymują się kilka tygodni, mogą powodować świąt, złuszczenie i blizny. Ponadto głównie u osób z niedoborem odporności mogą wystąpić na twarzy i głowie osadki krostkowe, zawsze nawrotowe. W tej fazie kiły można zaobserwować zmiany narządowe w obrębie układu nerwowego, kostno-stawowego, nefropatie kiłowe oraz śródmiąższowe zapalenie wątroby [3].

III okres choroby określany kiłą utajoną późną przebiega bezobjawowo, dodatni jest jedynie czynnik serologiczny, trwa powyżej 2 lat [1]. Po kilkunastu latach od zachorowania osoby nie leczone lub leczone w niedostatecznym stopniu dotyka kiła objawowa późna, rozwijająca się powoli i przewlekle. Przebiega w postaci kiły późnej skóry, błony śluzowej, układu kostno-stawowego, układu sercowo-naczyniowego, układu nerwowego, narządów wewnętrznych- płuc, jąder, żołądka, wątroby [3].

Kiła wrodzona jest następstwem zakażenia dziecka w łonie matki, dochodzi do tego w 9-10 tygodniu ciąży. Obecnie najczęściej przebiega bezobjawowo. Od kiły nabytej odróżnia ją występowanie znamion kiłowych, czyli trwałych zmian w obrębie skóry, kości, błony śluzowej i innych narządów. Wyróżnia się kiłę wrodzoną wczesną do 2 roku życia i późną powyżej 2 roku życia. Obraz kliniczny kiły wrodzonej wczesnej charakteryzuje się brakiem

objawu pierwotnego, osutkiem pęcherzykowym, zmianami naciekowym w obrębie śluzówki nosa, kruche łamliwe paznokcie, zaburzenia rozwoju kości oraz zmiany w narządach wewnętrznych tj. powiększenie węzłów chłonnych, zmiany w obrębie układu krwiotwórczego, zamiany zapalne płuc, jąder, czy oponowe. Natomiast w kile wrodzonej późnej rozpoznawanej między 8, a 14 rokiem życia, obserwuje się tzw. Triadę Hutchinsona, czy uszkodzenie narządów słuchu, śródmiąższowe zapalenie rogówki i deformacja zębów stałych, staw Cluttona [3].

Diagnostyka

Diagnostyka laboratoryjna kiły opiera się na wykrywania śladów krętków białych w materiale biologicznym, wówczas mamy do czynienia z metodami bezpośrednimi, do których zaliczamy:

- badanie mikroskopowe metodą ciemnego pola widzenia, które polega na odnajdywaniu obecności żywych bakterii na skórze, śluzówkach oraz węzłach chłonnych,
- badanie histopatologiczne metodą immunofluorescencji bezpośredniej, opierającej się na barwieniu fluoresceiną rozmazu przeciwciałami przeciwkrętkowymi,
- badanie histologiczne chorobowo zmienionych tkanek,
- PCR (Reakcja łańcuchowa polimerazy) metoda powielania krętkowego łańcucha DNA,
- RIT (test zakaźności dla królika) próba biologiczna, oparta na zakażeniu królika krętkami białymi, co powoduje wytwarzanie przeciwciał przeciwkrętkowych [1, 3].

Obecnie podstawową metodą rozpoznawania kiły są badania pośrednie, czyli serologiczne wykrywanie przeciwciał przeciwkrętkowych w krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym. Ich obecność można określić po 3-4 tygodniach od zakażenia. Wyróżnia się 2 rodzaje odczynów serologicznych: nieswoisty niekrętkowy i swoisty krętkowy. Pierwszy z nich znalazły zastosowanie przede wszystkim w testach przesiewowych i ocenie wyników leczenia osób zakażonych, gdyż charakteryzują się znaczną szybkością, czułością i powtarzalnością. Z kolei odczyny krętkowe służą do weryfikacji wyników odczynów nieswoistych oraz rozpoznaniu zakażenia kiłą [3]. Ważnymi elementami diagnostyki jest wywiad lekarski, badania przedmiotowe i podmiotowe, obserwacja objawów charakterystycznych dla schorzenia, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz testy przesiewowe [1].

Leczenie i profilaktyka

Najskuteczniejszą metodą leczenia kiły jest antybiotykoterapia, lekiem pierwszego wybory w kile układu nerwowego, wrodzonej oraz u kobiet ciężarnych jest penicylina. W przypadku uczulenia na tą substancję zalecane jest wykonanie odczulania. Innymi antybiotykami wykazującymi podobne działanie są tetracykliny, azytromycyna, erytromycyna i ceftriakson. Dawkowanie i długość terapii zależy od postaci schorzenia, powikłań układowych i narządowych oraz chorób współistniejących np. AIDS. Ponadto oprócz chorych leczeniem profilaktycznym powinni być objęci ich partnerzy seksualni, nawet z ujemnym wynikiem serologicznym oraz dzieci matek zakażonych. Niestety ocena skuteczności leczenia jest bardzo trudna ze względu na brak jednoznacznych testów stwierdzających wyleczenie pacjenta. W Polsce duży nacisk kładzie się na profilaktykę kiły wrodzonej, która opiera się na wczesnej diagnostyce i leczeniu kiły u ciężarnych. Podczas pierwszej wizyty ginekologicznej i 8 miesiącu ciąży konieczne jest wykonane odczynu serologicznego w kierunku kiły i ewentualne wczesne rozpoczęcie leczenia według wytycznych WHO [3].

W przypadku rozpoznania kiły zaleca się wykonanie badań diagnostycznych w kierunku obecności HIV, gdyż współistniejący zakażenie tym wirusem może zmienić obraz kliniczne obu infekcji oraz doprowadzić do wczesnego pojawiania się zmian w układzie nerwowym, narządu wzroku oraz zmniejsza skuteczność leczenia kiły [1].

Powikłania leczenia:

- Odczyn Jarischa, Herxheimera i Łukaszewicza- pojawia się w 1 dobie leczenia, charakteryzuje się wstąpieniem gorączki, obrzękiem węzłów chłonnych, silnymi bólami głowy i mięśni, zaostrzeniem zmian chorobowych oraz leukocytozą. Reakcja ta wynika z rozpadu bakterii powodujących kiłę, skutecznym sposobem złagodzenia odczynu jest zastosowanie kortykosteroidów.
- Wstrząs anafilaktyczny- zazwyczaj występuje po padaniu penicyliny.
- Zespół Hoigne- krótkotrwała reakcja pseudouczuleniowa po podaniu domięśniowym penicyliny, ustępuje zastosowaniu środków sedatywnych i przeciwdrgawkowych. Charakteryzuje się wystąpieniem omamów słuchowo-wzrokowych, utratą przytomności, drżeniem mięśni, drgawkami, podwyższonym cieśnieniem tętniczym krwi oraz tachykardią.
- Paradoks leczenia- pogorszenie stanu zakażonego w trakcie terapii, co wynika z szybkiego gojenia się zmian tkankowych, najczęściej występuje w kile III okresu, aby zapobiec temu stanu stosuje się kortykosteroidy [3].

Rzeżączka

Rzeżączka (tryper) należy do grupy chorób przenoszonych drogą płciową wywołaną przez dwoinkę rzeżączki inaczej nazywaną gonokokiem, jej cechą charakterystyczną jest wysoka zakaźność dla partnerów seksualnych [3]. Zakażenie zazwyczaj ograniczone jest do cewki moczowej, szyjki macicy, odbytnicy, gardła i spojówek, co może doprowadzić do ślepoty u noworodków, które zakaziły się podczas akcji porodowej. Ponadto infekcja może doprowadzić do zapalenia narządów w obrębie miednicy mniejszej, najądrzy oraz wywołać bakteriemię. Niektóre szczepy rozprzestrzeniają się doprowadzając do zapalenia stawów, wsierdzia, czy opon mózgowo-rdzeniowych. Do zakażenia gonokiem dochodzi zazwyczaj podczas stosunków seksualnych, rzadziej w trakcie porodu z chorej matki na noworodka, czy używając zainfekowanych przedmiotów higienicznych takich jak ręcznik, gąbka [3, 4].

Do czynników ryzyka rozprzestrzeniania się rzeżączka zalicza się:

- duża ilość partnerów seksualnych,
- preferencje seksualne tj. kontakty homoseksualne, biseksualne, promiskuityzm,
- prostytucja,
- alkoholizm, narkomania,
- krótki okres inkubacji,
- złe warunki społeczno-ekonomiczne,
- późne rozpoznanie choroby,
- duża zakaźność rzeżączki,
- nieodpowiednie leczenie [3, 4].

Epidemiologia

Rzeżączka to druga najczęściej występująca choroba weneryczna, w większości krajów, w tym w Polsce prowadzony jest rejestr zachorowań [1, 3]. Według WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) rocznie pojawia się ponad 60 milionów nowych przypadków zakażenia dwoinką rzeżączki na świecie, w 2016 roku odnotowano około 87 milionów. W Polsce to jedynie kilkaset zakażeń w skali roku. Do grup najbardziej narażonych zalicza się kobiety, osoby w wieku 15-29 lat aktywne seksualnie, mężczyźnie homoseksualni oraz mniejszości etniczne. Od 2010 do 2018 roku w krajach Unii Europejskiej zauważono znaczny wzrost zachorowalności na rzeżączkę z 8,7/100 tysięcy osób w 2010 roku do 26,4 w 2018 roku. Wyjątek stanowiła Polska, gdzie zapadalność wykazywała tendencje malejącą z 0,79 w 2010 roku do 0,5 w 2018 roku [5].

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny rzeżączki różni się w zależności od płci, wynika to z różnic w budowie receptorów oraz wrodzonej odpowiedzi immunologicznej. U mężczyzn okres wylęgania trwa od 2 do 5 dniu i obejmuje cewkę moczową, gruczoł krokowy i Littrego, pęcherzyk nasienny, najądrza. Dominującymi objawami zakażenia jest wydzielina śluzowo-ropna z cewki moczowej, dyzuria, ból, pieczenia podczas oddawania moczu, czy bolesne wzwody. Natomiast u kobiet okres ten trwa dłużej 7-14 dni i dotyka cewkę moczową, szyjkę macicy, jajowód, trzon macicy, gruczoł Bartholina i Shenego. Objawia się pieczeniem i bólem w czasie mikcji, wydzieliną śluzowo-ropną, obfitym krwawieniem miesiączkowym i plamieniem niezwiązanym z menstruacją. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia rzeżączka może przebiegać bezobjawowo u 80% kobiet i 10% mężczyzn [6].

Pierwsze objawy rzeżączkowego zapalenia przedniego odcinka cewki moczowej u płci męskiej pojawia się po 2-5 dniach silnym pieczeniem w czasie mikcji, obfitą, ropną wydzieliną i obrzękiem ujścia cewki. Wczesne rozpoznanie i leczenie powoduje całkowite ustąpienie dolegliwości. W ostrej fazie nieleczonej infekcji może dojść do objęcia tylnego odcinka cewki moczowej, czemu dodatkowo sprzyja aktywność fizyczna, podniecenie i stosunki seksualne, spożycie alkoholu oraz niewłaściwe leczenie. Wówczas pojawia się częstomocz, krwawienie w ostatniej fazie mikcji, promieniujący, piekący ból, a także bolesne wzwody, gorączka, złe samopoczucie. Dalsze szerzenie infekcji może doprowadzić do zmian chorobowych gruczołu krokowego, pęcherzyka nasiennego, najądrzy i powrózka nasiennego [3].

Rzeżączkowego zapalenie najądrzy zwykle rozwija się stopniowo. W początkowej fazie objawia się powiększeniem najądrzy oraz kłującym bólem. W późniejszym etapie ból znacznie nasila się i promieniuje do podbrzusza, chory skarży się na złe samopoczucie, gorączkę do 40°C, bolesne wzwody, wytryski z domieszką ropy. Dodatkowa w trakcie badań można zaobserwować zaczerwienie i obrzęk skóry oraz powiększenie worka mosznowego, w wyniku gromadzenia ropnego wysięku. Po włączeniu odpowiedniego leczenia dolegliwości ustępują. Powikłaniem zapalenia jest niedrożność nasieniowodów oraz bezpłodność w wyniku obustronnego zajęcia najądrzy. Rzeżączkowe zapalenie gruczołu krokowego przebiega w stadium ostrym i przewlekłym. Typowymi symptomami postaci ostrej jest gorączka, dreszcze, zaburzenia w oddawaniu kału i moczu, bólem krocza, powiększeniem gruczołu krokowego oraz ropień prostaty, który może przejść przez skórę okolic intymnych na zewnątrz, do odbytu lub do tylnej cewki moczowej. Natomiast w fazie przewlekłej występuje remisja i okres nasilenia objawów pod postacią bolesnego wzwodu i wytrysku oraz bólu

promieniującego do odcinka krzyżowego kręgosłupa i jąder. Długi okres zapalenia w obrębie prostaty może doprowadzić do zwłóknienia narządu [1, 3].

Do rzadko występujących powikłań rzeżączki u mężczyzn, które zazwyczaj ustępują po włączeniu antybiotykoterapii zaliczamy zapalenie gruczołów Tysona, czyli gruczołów łojowych w blaszce napletka i okolicy wędzidełka, co doprowadza do powstawania małych ropni, a także zapalenie przewodów okołocewkowych i ropień okołocewkowy, który powstaje w wyniku połączenia ognisk zapalnych w okolicy cewki moczowej. Objawy zależą od lokalizacji i wielkości ropnia. Dodatkowo może wystąpić zapalenie gruczołów Littrego, opuszkowo- cewkowego i pęcherzyków nasiennych [3].

U większości kobiet objawy rzeżączki są skąpoobjawowe lub bezobjawowe, co opóźnia rozpoznanie choroby, zwiększa ryzyko zarażenia partnera seksualnego oraz może doprowadzić do powikłań w okolicy narządów płciowych, niedrożności jajowodów, a w konsekwencji niepłodności. Zakażenie dwoinką rzeżączki u płci żeńskiej najczęściej obejmuje szyjkę macicy. Pierwszą oznaką infekcji gonokoki jest pojawienie się lub nasilenie ropnych upławów, co może doprowadzić do podrażnienia sromu, uszkodzenia skóry, pieczenia okolic narządów rozrodczych. Ponadto w trakcie badania ginekologicznego wziernikiem obserwuje się obrzęk tarczy szyjki macicy, zaczerwienienie, krwawienie i nadżerki. Często zakażeniu szyjki macicy towarzyszy rzeżączkowe zapalenie cewki moczowej, które charakteryzuje się pieczeniem w trakcie mikcji, dyzurią, częstomoczem, obrzękiem i zaczerwieniem ujścia cewki moczowej, a także obecnością śluzowo-ropnej wydzieliny. Rozszerzenie zakażenia z kanału na błonę śluzową trzonu macicy skutkuje zapaleniem endometrium i w efekcie pojawieniem się gorączki, krwawień niezwiązanych z menstruacją, bólu w podbrzuszu oraz intensywnych krwawień menstruacyjnych [3].

U 30% chorych na rzeżączkę dochodzi do rzeżączkowego zapalenia gruczołów Bartholina zlokalizowanych w dolnej powierzchni warg sromowych mniejszych. Zakażenie objawia się zmianami miejscowymi, aż do zablokowania przewodów wprowadzających gruczołów i powstania ropienia rzekomego. Wówczas podczas badania stwierdza się bolesny guz zapalny, zaczerwienienie skóry, wydzielinę ropną oraz wzrost ciepłoty ciała. Ponadto może wystąpić zakażenie gruczołów przycewkowych oraz rzeżączkowe zapalenie pochwy i sromu, czemu sprzyja menopauza oraz zaburzenia układu hormonalnego [1].

U kobiet rzeżączkowe zapalenie odbytu zazwyczaj jest następstwem spływania zakażonej gonokokami wydzieliny z pochwy lub rzadziej w wyniku stosunków analnych, które są głównym źródłem zakażenia u mężczyzn homoseksualnych. Znaczenie częściej dolegliwość ta dotyka płci żeńskiej i charakteryzuje się świądem, zaburzeniem defekacji, obecnością ropnej

wydzieliny z domieszką krwi, tępym bólem w okolicy odbytu, zaparciami oraz obrzękiem i zaczerwieniem błony śluzowej [1, 3].

U około 5% chorych stwierdza się rzeżączkowe zapalenie gardła, które zazwyczaj ma bezobjawowy przebieg. W przypadku przebiegu objawowego, dolegliwości nie są charakterystyczne na ogół pojawia się ból gardła, zaczerwienienie i nabrzmienie łuku podniebiennego, powiększenie węzłów chłonnych, obecność ropnej wydzieliny oraz wzrost ciepłoty ciała. Ponadto sporadycznie u dorosłych dochodzi do rzeżączkowego zapalenia spojówek zwykle jednego oka. Nieleczone może spowodować uszkodzenie oka w wyniku zajęcia rogówki, natomiast szybkie wprowadzenie terapii niweluje zmiany bez jakichkolwiek następstw [1, 3].

Powikłaniem posocznicy gonokokowej jest DGI (rozsiane zakażenie rzeżączkowe), które może doprowadzić do infekcji narządów odległych w wyniku przedostania się do krwioobiegu dwoinki rzeżączki. Częściej występuje u kobiet, ze względu na bezobjawowy przebieg choroby i późniejsze rozpoczęcie leczenia oraz defekt immunologiczny w układzie dopełniacza. Inny następstwem rzeżączki jest zespół stawowo-skórny, który objawia się zapaleniem stawów oraz licznymi zmianami skórnymi, głównie w dystalnych częściach ciała, a także sporadycznie można zaobserwować rzeżączkowe zapalenie opon mózgowych i wsierdzia [3].

Na rzeżączkę mogą równie zachorować dzieci w wyniku zaniedbań higienicznych, dobrowolnych stosunków seksualny oraz molestowania przez osobę zakażoną. U dziewczynek choroba obejmuje pochwę i srom, a także cewkę moczową i odbyt. Czas rozwoju zakażenia jest krótki i charakteryzuje się wystąpieniem ropnych upławów, świądu i zaczerwienienia okolic intymnych, pieczenia podczas mikcji oraz obrzękiem warg sromowych. Natomiast u chłopców obraz kliniczny nie różni się od osoby dorosłej. Ważne jest, aby podczas badania zachować szczególną ostrożność, aby nie doprowadzić do urazu psychicznego dziecka. U noworodków matek zakażonych może dość do rzeżączkowego zapalenia spojówek, co obecnie zdarza się bardzo rzadko, ponieważ w szpitalach stosuje się profilaktycznie zabieg Cerdego, który polega na zakropleniu 1% azotanu srebra do worka spojówkowego dziecka, co skutecznie niweluje przypadki zapalenia. Ryzyko rozwoju infekcji wzrost u wrześniaków oraz przedwczesnego odejścia płynu owodniowego, wówczas dochodzi do obrzęknięcia spojówek i pojawienia się ropnej wydzieliny. Źle leczone zapalenia może doprowadzić nawet do utraty wzroku.

Rzeżączka u kobiet w ciąży stanowi ryzyko zarówno dla ciężarnej, jak i dla dziecka. W tym okresie zwiększone jest ryzyko DGI, zbyt wczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, przedwczesnego poród, poporodowego zapalenie błony śluzowej macicy, sepsy okołoporodowej oraz poronienia [3].

Diagnostyka

Diagnostyka laboratoryjna rzeżączki opiera się na wykrywaniu obecności dwoinki rzeżączki w materiale biologicznym z zastosowaniem sond DNA, badania mikroskopowego rozmazów, czy hodowli na podłożach stałych. Wydzielinę do badań pobiera się z cewki moczowej, szyjki macicy, odbytu, spojówek, gardła i innych miejsc objętych infekcją, a także w rozpoznaniu pomocna jest analiza mocz, krwi oraz płynu stawowego. Do najczęściej stosowanych metod diagnostycznych rzeżączki zaliczamy:

- badania bakterioskopowe, które polega na barwieniu rozmazu błękitem metylowym lub metodą Grama, co uwidocznia dwoinki rzeżączki wewnątrz leukocytów, przypominające kształtem zwrócone do siebie ziarna kawy. W początkowym okresie choroby lub fazie przewlekłej schorzenia bakterie mogą mieć niecharakterystyczny kształt i być zlokalizowane poza leukocytami, wówczas konieczne się poszerzenie diagnostyki metodą hodowli.
- metoda hodowli w temperaturze 35-37°C, atmosferze 3-10% CO2 na podłożu selektywnym, ze względu na dużą czułość jest najczęściej wybieraną metodą diagnostyki rzeżączki, już po 24h można dokonać wstępnej oceny kolonii gonokoków ze względy na typowy okrągły kształt, szarobiały kolor i opalizującą lub błyszczącą powierzchnie. Następnie wykonuje się próbę oksydazową, która jednoznacznie potwierdza rozpoznanie.
- metoda fermentacji cukrowej, umożliwiający różnicowanie dwoinki rzeżączki od dwoinki meningokoków
- podłoża transportowe
- immunofluorescencja bezpośrednia
- metoda amplifikacji kwasów nukleinowych
- metoda immunoenzymatyczna [1, 3].

Leczenie

Według badań WHO bakterię Neisseria gonorrhoeae należą do drobnoustrojów antybiotykoopornych, dlatego ważne są zmiany w terapii leczniczej oraz stworzenie nowych farmaceutyków. Antybiotykami najczęściej podawanymi w przypadku zakażenia rzeżączką są cefalosporyny tj. ceftriakson, cefiksym, chinalony np. ciprofloksacyna, norfloksacyna, a także penicylina prokainowa i spektynomycyna. Zgodnie z najnowszymi zaleceniami CDC (Centers for Disease Control and Prevention) i Europejskimi zleca się stosowanie jednorazowo dwóch antybiotyków Azytromycyny doustnie i Ceftriaksonu drogą domięśniową. Równoczesną terapią należy objąć partnera seksualnego osoby chorej. Dodatkowo, aby sprawdzić efektywność leczenia, należy wykonywać badania kontrolne i ewentualnie modyfikować metodę terapeutyczną [1, 7].

Zakażenie wywołane przez Chlamydie

Chlamydie należą do bakterii z grupy gram-ujemna, posiadają zdolność do pasożytnictwa wewnątrzkomórkowego. Wywołują w ludzi infekcji w obrębie układu moczowo-płciowego oraz oka [3]. Do zakażenia dochodzi głównie w wyniku kontaktów seksualnych oralnych, analnych i pochwowych, w trakcie porodu, na basenie, przez zainfekowany sprzęt medyczny oraz w wyniku autoinfekcji z narządów płciowych do narządu wzroku. Czas wylęgania trwa 1-3 tygodnie, zazwyczaj ma bezobjawowy przebieg, lecz może doprowadza do poważnych, nieodwracalnych powikłań zdrowotnych, takich jak niepłodność jajowodowa, ciąża pozamaciczna, rozległe dolegliwości bólowe w obrębie jamy brzusznej oraz zapalenie narządów miednicy mniejszej. Raz przebyta infekcji nie chroni przed ponownym zachorowaniem [8].

Epidemiologia

Według najnowszych danych epidemiologicznych na świecie życie około 500 mln osób zakażonych na Chlamydia. Z każdym rokiem odnotowuje się 90 mln nowych przypadków, z czego 5 mln pochodzi z krajów europejskich. Infekcje najczęściej pojawiają się w krajach wysokorozwiniętych oraz dużych aglomeracjach. Nie zaobserwowano znaczących różnic z zachorowalność biorąc pod uwagę płeć, u kobiet współczynnik wynosił 3-5,3%, a u mężczyzn 2,4%-7,3%. Do grupy osób szczególnie narażonych na zakażenia należą osoby w wieku rozrodczym, aktywne seksualnie, posiadające wielu partnerów, nie stosujące prezerwatyw w czasie stosunku płciowego, wcześnie rozpoczęły życie seksualne, po zabiegach w obrębie

układu moczowo-płciowego, alkoholizm, narkomania oraz po przebytej infekcji wywołanej Chlamydia [3, 8].

Obraz kliniczny

Chlamydia są główną przyczyną NGU (nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowe) oraz PGU (porzeżączkowe zapalenie cewki moczowej) u mężczyzn [3]. Schorzenie rozpoznaje się na podstawie typowych objawów jakimi jest dysuria, obecność ropnej wydzieliny z okolicy cewki moczowej, objaw kropli rosy porannej, ból w okolicy jąder i podbrzusza oraz pieczenie podczas oddawania moczu. Długo nieleczone zakażenia może doprowadzić do zapalenia gruczołu krokowego, najądrzy, stawów, niepłodności, zwężenia cewki moczowej oraz zespołu Reitera [8].

Zwężenie cewki moczowej w przebiegu nawrotowego, przewlekłego nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej może spowodować trwałe zamknięcie światła cewki, częstomocz, nocne oddawanie moczu, ciągłe parcie na mocz oraz ból w trakcie mikcji. Obecnie, dzięki skutecznej antybiotykoterapii to powikłanie zdarza się bardzo rzadko [1, 8]. Znacznie częściej można zaobserwować u chorych na NGU zapalenie najądrzy, które objawia się ostrym bólem uniemożliwiającym swobodne chodzenie, wzrostem ciepłoty ciała, złym samopoczuciem oraz obrzękiem i zaczerwienieniem worka mosznowego. Dolegliwości tej towarzyszy niedrożność kanalików nasiennych oraz zapalenie jądra, co upośledza płodność u płci męskiej w wyniku zmniejszonego wytarzanie nasienia i plemników o prawidłowej budowie. W przebiegu zakażenia chlamydiami może również dojść do zapalenia gruczołu krokowego, dla którego charakterystyczna jest triada objawów, ostry ból w okolicy krocza, odcinaka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa i podbrzusza promieniujący do narządów płciowych, dyskomfort w trakcie mikcji, a także nieprawidłowe funkcjonowanie narządów rozrodczych. Dodatkowo może wystąpić hematospermia, czyli obecności krwi w spermie i hematuria oraz zwiększone wydzielanie śluzu, które osłabia ruchliwość plemników i negatywnie wpływa na płodność mężczyzny [1, 8].

U kobiet najczęściej występującą postacią zakażenia chlamydiami jest NGC (nierzeżączkowe zapalenia szyjki macicy), które zazwyczaj przebiega z zapaleniem kanału szyjki macicy oraz w późniejszym etapie zapalaniem jajników i jajowodów. W przebiegu infekcji można zaobserwować śluzowo-ropną wydzielinę z narządów rozrodczych, obrzęk i pod krwawienia z tarczy szyjki macicy. Rozszerzeniu zakażenia sprzyjają krwawienia z macicy związane z menstruacją i połogiem, zabiegi w obrębie narządów płciowych, drożny kanał macicy, pozostałości błony śluzowej, co może doprowadzić do pojawiania się

dolegliwości ze strony cewki moczowej, zapalenia gruczołu Bartholina, pochwy, tkanki okołowątrobowej, PIT (zespół zapalenia narządów miednicy mniejszej), a także zmian przednowotworowych i nowotworowych w wyniku nieprawidłowego funkcjonowania procesów metabolicznych zainfekowanych komórek nabłonka [1, 3, 8]. Zakażeniu w około połowie przypadków towarzyszy zapalenie cewki moczowej, w przebiegu którego pacjentki skarżą się na dysurię, częstomocz, zaczerwienienie i obrzęk ujścia cewki, ropne upławy, leukocytozę oraz nieprawidłowy wynik badań bakteriologicznych [3].

Według najnowszych badań Chlamydia jest główną przyczyną wystąpienia zespołu Fitza, Hugha i Curtisa, czyli zapalenia komórek okołowątrobowych z towarzyszącym zapaleniem przydatków u kobiet. Charakteryzuje się wystąpieniem dolegliwości ze strony wątroby, ostrym bólem w podżebrzu oraz bolesnością w trakcie badania fizykalnego. Może doprowadzić do powikłań tj. zrosty pomiędzy komórkami wątroby, a powłokami brzusznymi i przeponą [1].

Powikłaniem nierzeżączkowego zapalenia cewki moczowej u obu płci jest Zespół Reitera, czyli zapalenie stawów. Cechuje go wystąpienia triady dolegliwości zapalenia cewki moczowej, spojówek oraz odczynowego zapalenia stawów, które zazwyczaj obejmuje staw kolanowy, śródstopia i skokowy. Dodatkowo pacjenci skarżą się na ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, ograniczenia ruchomości, zmiany skórne łuszczycopodobne, dolegliwości neurologiczne i kardiologiczne. Przebieg choroby jest zmienny, objawy stawowe utrzymują się nawet do roku, ma charakter nawrotowy, a leczenie skuteczne i rokujące [1, 3].

Zapalenie odbytu w przebiegu zakażenia Chlamydiom najczęściej dotyka kobiety i mężczyzn o preferencjach homoseksualnych. Zwykle ma charakter bezobjawowy, ale może powodować dyskomfort i wycieki w obrębie odbytnicy oraz doprowadzać do poważnych zapaleń końcowego odcina jelita grubego, wówczas chory skarżą się na ból w okolicy jamy brzusznie, luźne stolce z domieszką krwi i ropy, pieczenie i świąd w czasie defekacji [8].

Bardzo groźne jest zakażenie Chlamydiami u kobiet w ciąży, ze względu na zwiększone ryzyko patologicznego przebiegu oraz stanowi zagrożenie dla życia matki i dziecka. Infekcja może być przyczyną przedwczesnego porodu, pęknięcia błon płodowych, poronienia, obumarcia płodu, niskiej wagi urodzeniowej noworodka oraz zakażenia okołoporodowego dziecka, do którego może dojść zarówno w podczas porodu siłami natura jak i w trakcie cięcia cesarskiego. Infekcja u noworodka może doprowadzić do zapalenia wsierdzia, mięśnia sercowego, spojówek, gardła, pochwy, płuc, ucha środkowego, jelit i żołądka. Zapalenie spojówek jest najczęściej występującą formą zakażenia u nowonarodzonych dzieci, pojawia się około 2 tygodnie po poradzie i cechuje je obecność śluzowo-ropnej wydzieliny,

zaczerwienienie i obrzęk spojówek. Nieleczone, może być przyczyną wakuolizacji rogówki i bliznowacenia spojówki [8].

Diagnostyka

Do rozpoznania zakażenia chlamydią najczęściej wykorzystuje się metody diagnostyki bezpośrednie, do których zalicza się:

- hodowla komórkowa barwiona jodyna Jonesa lub przeciwciałami monoklonalnymi znakowana Fluoresceiną,
- metoda immunofluorescencji bezpośredniej,
- metoda immunoenzymatyczna,
- metoda hybrydyzacji kwasu nukleinowego,
- PCR (polimerazowa reakcja łańcuchowa)
- LCR (ligazowa reakcja łańcuchowa).

W przypadku podejrzenia wystąpienia powikłań zalecane jest diagnozowanie z wykorzystaniem metod serologicznych umożliwiających wykrycie przeciwciał anty-chlamydia klasy IgM, IgA, IgG, do których należy metoda mikroimmunofluorescencji i immunofluorescencji oraz metoda immunoenzymatyczna [3].

Materiał biologiczny do badań laboratoryjnych zazwyczaj pobiera się z cewki moczowej, kanału szyjki macicy, odbytu lub spojówki. Dodatkowo jest możliwości postawienia diagnozy na podstawie badania moczu, spermy, wydzieliny z pochwy, płynu stawowego oraz materiału pobranego w trakcie biopsji. U kobiet wydzielanie należy pobrać tuż po menstruacji lub przed, natomiast w przypadku materiału pobranego z okolic cewki moczowej po kilkugodzinny nieoddawaniu moczu [8].

Leczenie

W leczeniu zakażeń wywołanych przez chlamydia należy zastosować antybiotykoterapię, która powinna trwać minimum 7 dni w przypadkach niepowikłanych i co najmniej 14 dniu przy wystąpieniu powikłań. Terapią leczniczą należy objąć zarówno chorych jak i ich partnerów seksualnych. Lekami zaleceniami w infekcji chlamydiami są tetracykliny, tj. doksycyklina, minocyklina, makrolidy tj. roksytromycyna, azytromycynmetoda, chinalony tj. pefloksacyna, ciprofloksacyna oraz β-laktamy np. amoksycylina [8]. Po zakończeniu terapii

konieczne jest wykonanie badań kontrolnych po 2 tygodnia w przypadku badań metodą bezpośrednią lub po 3 miesiącach w przypadku badań serologicznych [3].

Opryszczka narządów płciowych

Opryszczka narządów płciowych należy do grupy chorób wenerycznych, jest wywołana przez wirus HSV (wirus opryszczki zwykłej) typu 2 lub typu 1. Często przebiega bezobjawowo lub w postaci niewielkich pęcherzyków na rumieniowej podstawie zlokalizowane w okolicy odbytu i narządów płciowych. Zakażenie utrzymuje się przez całe życie, ma charakter nawrotowy z okresami utajenia. Do czynników wpływających na częstość nawrotów zalicza się stan układu odpornościowego osoby zakażone, stosowanie cytostatyków i leków immunosupresyjnych, stres zmęczenie, urazy skóry, gorączka, miesiączka, naświetlenie promieniami ultrafioletowymi, miejscowe stosowanie prostaglandyny i retinoidów oraz epilepsja. Do zakażenia dochodzi w wyniku kontaktów seksualnych, w okresie utajonym ryzyko zainfekowania partnera jest wyższe niż w okresie objawowym [3, 9].

Epidemiologia

W Polsce nie jest prowadzony rejestr zakażenia wirusem HSV, lecz w ostatnich latach zaobserwowano tendencje wzrostową zapadalności [3]. W 2010 roku odnotowano około 602 nowe przypadki, czyli o 4,5 razy więcej niż w roku poprzednim. Współczynnik zachorowalności wynosił około 1,58 na 100000 osób. Większe ryzyko na zachorowanie na opryszczkę narządów płciowych mają kobiety, osoby rasy czarnej, ludzie młodzi między 14 a 19 rokiem życia, osoby posiadające dużą liczbę partnerów seksualnych, wcześnie rozpoczęły życie seksualne, z niskim wykształceniem, ze złą sytuacja materialną oraz niestosujące prezerwatyw ochronnych [9].

Obraz kliniczny

Okres wylęgania choroby trwa 2-14 dni i po tym czasie u około 60-75% zakażonych następuje okres objawowy. Przed pojawieniem się pęcherzyków na rumieniowej podstawie z treścią ropną pacjent odczuwa w tym miejscu dyskomfort, świąd i pieczenie. Po pęknięciu zmiana goi się bez pozostawiania blizn. W trakcie zakażenia pierwotnego zmiany skórne utrzymują się 3-5 tygodni i towarzyszy im gorączka, bóle stawów i głowy, ogólne osłabienie organizmu oraz powiększenie węzłów chłonnych, zazwyczaj pachwinowych. Infekcja wirusem opryszczki zazwyczaj przebiega u płci żeńskiej w postaci zapalenia pochwy i sromu, a u płci męskie jako zapalenie napletka i żołędzi. Dodatkowo może obejmować odbyt, cewkę moczową,

gardło, szyjkę macicy oraz doprowadzić do powikłań w obrębie gruczołu krokowego i narządów miednicy mniejszej. Jeśli dojdzie do zakażenia nawrotowego zmiany zwykle pojawią się w tej samej lokalizacji, co pierwotnie, lecz są łagodniejsze i krócej się utrzymują około 7-10 dni. Infekcji nawrotowej nie towarzyszą inne dolegliwości, rzadko następuje powiększenie węzłów chłonnych [3].

Zakażenie wirusem HSV jest bardzo niebezpieczny dla kobiet w ciąży ze względu na duże ryzyko zainfekowania najczęściej podczas akcji porodowej siłami natury lub wewnątrzmacicznie, co może doprowadzić do nieprawidłowego rozwoju dziecka, poronienia, przedwczesnego porodu. Według badań ambulatoryjnych najbardziej zakaźna jest infekcja pierwotna, w przypadku nawrotów prawdopodobieństwo zmniejsza się. W wyniku zakażenia okołoporodowego noworodka może dojścia do powikłań ograniczonych i rozsianych. Wśród ograniczonych wyróżnia się obecność pęcherzyków na skórze, zapalenie jamy ustnej, zakażenie rogówki oraz zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, natomiast do rozsianych zalicza się zmiany w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, płuc, wątroby i szpiku kostnego. Aby temu zapobiec warto rozważyć porób na drodze cięcia cesarskiego [1].

Diagnostyka

Diagnostyka opryszczki opiera się na obserwacji dolegliwości i wywiadzie z pacjentem. Zwraca się uwagę na obecność pęcherzyków z tendencją do grupowania i nawrotów, powiedzeniem węzłów chłonnych, miejscowym bólem i pieczeniem oraz lokalizacją zmian skórnych. Ponadto infekcję potwierdzają badania laboratoryjne i serologiczne wykorzystujące metodę hodowli, badania cytologiczne, test Tzancka, metoda Papanicolaou, wykrywanie antygenów HSV metodą immunoflurescencji i metodą immunoenzymatyczną, a także wykrywanie DNA wirusa metodą PCR [3].

Leczenie

Najskuteczniejszą metodą walki z opryszczką narządów płciowych jest doustne przyjmowanie acyklowiru lub jego pochodnych famcyklowiru lub walacyklowiru. Leki te hamują polimerazę DNA wirusa, lecz nie jest w stanie całkowicie usunąć go z organizmu gospodarza i zapobiec nawrotom. Na rynku są równie preparaty do stosowania miejscowego, lecz zgodnie z badaniami ich skuteczność jest znacznie mniejsza od postaci doustne. W przypadku kobiet w ciąży należy zminimalizować przypadki przyjmowania leku, ze względu na nieznany wpływ farmaceutyku na rozwój płodu. Jedyną metodą zapobiegania zarażenia wirusem HSV jest stosowanie prezerwatyw, nawet w fazie utajenia choroby [1].

Wirus brodawczaka ludzkiego

Zakażenie wywołane wirusem HPV (wirus brodawczaka ludzkiego) należy do najczęściej występujących chorób przenoszonych drogą płciową. Do transmisji wirusa dochodzi w wyniku stosunków seksualny, także analnych i oralnych oraz u dzieci w trakcie porodu, autoinokulacji, czy molestowania seksualnego. Zmiany przez niego wywołane mogą mieć łagodny przebiega w postaci brodawek, kłykcin kolczystych lub złośliwy doprowadzający nawet do nowotworu raka szyjki macicy, drugą najczęstszą przyczynę zgonów wśród kobiet w naszym kraju. Okres rozwoju zakażenia trwa średnio 3 miesiące i ma zróżnicowany przebieg. W niektórych przypadkach zmiany ustępują samoistnie, a w innych dochodzi do rozwoju raka złośliwego [3, 9, 10].

Epidemiologia

Wirus HPV jest szeroko rozpowszechniony na świecie, około 80% społeczeństwa przeszło infekcję przez niego wywołaną [11]. Na świecie odnotowano tendencje wzrostową zakażenia, szczególnie narażone są osoby młode wcześnie rozpoczynające współżycie seksualne, posiadające dużą liczbę partnerów seksualnych, ze współistniejącymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, nie stosujących prezerwatyw ochronnych, wieloródki, po licznych stanach zapaleniach pochwy oraz przyjmujących leki immunosupresyjnych. W Polsce nie jest prowadzony obowiązkowy rejestr zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego, lecz w 2004 roku odnotowano 1117 nowych przypadków, współczynnik zapadalności wynosił 2,93 na 100000 mieszkańców. Rocznie na świecie diagnozuje się 750 tysięcy nowych zakażeń [3, 10, 11].

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego jest zróżnicowany i zależy od typu patogenu, lokalizacji oraz stanu układu odpornościowego osoby zainfekowanej. Wyróżnia się kilka postaci zakażenia :

- Kłykciny kolczyste, inaczej nazywane brodawkami płciowymi, należą do najczęściej pojawiających się zmian w postaci białych lub różowych grudek tworzące kalafiorowate twory. Zazwyczaj nie towarzyszą im inne dolegliwości, czasami chorzy zgłaszają ból, pieczenie, świąt oraz krwawienia. U mężczyzn najczęściej zlokalizowane są na blaszce napletka, skórze moszny i prącia, rowku za żołędnym, w okolicy cewki moczowej, wędzidełka oraz odbytu, natomiast u kobiet na wargach sromowych,

zewnętrznym ujściu cewki moczowej, odbycie, przedsionku pochwy i kroczu. Dodatkowo u zainfekowanych kobiet rośnie ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy [3].

- Kłykciny olbrzymie Buschkego-Löwensteina, rodzaj raka brodawkującego z naciekowymi zmianami, wolnym przebiegiem i miejscową złośliwością nie dającej przerzutów, wyjątkowo może dawać przerzutu lub przekształcać się w wyniku naświetlania promieniowaniem Rtg. Zazwyczaj zlokalizowane są w okolicy prącia, sromu, rzadziej odbytu, szyjki macicy, jamy ustnej, moszny, krocza.
- Bowenoid papulosis, postać o bardzo dużym potencjale onkogennym, cechuje się wieloogniskowymi, przebarwionymi grudkami z tendencją do zlewania i zróżnicowanym przebiegiem klinicznym od łagodnego ustępującego samoistnie do atypowego przekształcającego się w nowotwór złośliwy. Głównie zlokalizowany na żołędzi u mężczyzn i na wargach sromowych większych, mniejszych, w okolicy odbytu i fałdach pachwinowych u kobiet.
- Erytroplazja Queyrata postać choroby Bowena okolic narządów rozrodczych, pojawiająca się u osób powyżej 60 roku życia, charakteryzuje się wolnym, długoletnim wzrostem, nie ustępującym samoistnie. Pojawia się w postaci ogniska blaszkowatego z dokładnym odgraniczeniem od błony śluzowej [1].

Zakażenie wirusem HPV może dotykać również dzieci zazwyczaj w wieku 5 lat i starszych, co jest wynikiem długiego okresu utajenia. Najczęściej występuje w postaci brodawczaka krtani oraz kłykciny narządów rozrodczych. Według badań u 10% dzieci infekcja ustępuje samoistnie, a u innych włącza się terapię leczniczą w postaci laseroterapii lub krioterapii. Aby zmniejszyć ryzyko zakażenia dzieci zaleca się rozwiązanie ciąży poprzez cięcie cesarskie [3, 11].

Diagnostyka

Diagnostyka zakażenia wywołanego przez wirus brodawczaka ludzkiego opiera się przede wszystkim na obserwacji przebiegu klinicznego i wywiadzie lekarskim, lecz aby potwierdzić rozpoznanie czasami konieczne jest wykonanie badań histopatologicznych. W infekcji w obrębie szyjki macicy warto wykonać kolposkopię lub wulwoskopie oraz badania cytologiczne, natomiast peniskopię zmian w okolicy prącia. Obecnie popularność zyskały badania wirusologiczne umożliwiające rozpoznanie materiały genetycznego patogenu i różnicowanie jego typów [10, 11].

Leczenie

Obecnie najczęściej wybieraną metodą leczenia brodawek płciowych jest krioterapia z użyciem ciekłego azotu lub śniegu CO2. Terapia ta dale szybkie efekty i mniej nawrotów niż zastosowanie miejscowe preparatów takich jak podofilina, czy podofilotokstyna. Alternatywnym sposobem leczenia jest zastosowanie laseroterapii, która pozwala na precyzyjne zniszczenie tkanki, lecz ze względów finansowych jest znacznie rzadziej wybierana, niż krioterapia. Ponadto można zastosować elektrokoagulacje, szczególnie zalecaną w przypadku zmian w okolicy cewki moczowej lub chirurgicznie wyciąć wykwity. Niestety większość z tych terapii niszczy zmianę, nie likwidując przyczyn zakażenia, w wyniku czego obserwuje się dużą ilość nawrotów. Aby zmniejszyć tą tendencję na rynek wprowadzono preparat do stosowania miejscowego zawierający 5% imikwimid, który pobudza swoistą odpowiedzi immunologiczną, identyfikując antygeny wirusa. Partnerzy seksualni zainfekowanych wirusem brodawczaka ludzkiego powinni zostać objęci diagnostyką schorzenia i ewentualnemu leczeniu, ponadto zaleca się powtórzenie badań, ze względu na długi okres rozwoju choroby. Dodatkowo w ramach działań profilaktycznych zaleca się stosowanie szczepionki przeciwko genitalnym typom HPV, szczególnie wśród dzieci, które nie zaczęły jeszcze inicjacji seksualnej. Aktualnie na rynku dostępne są 2 preparaty tego typu, które są częściowo refundowane przez Ministerstwo Zdrowia [3].

Mięczak zakaźny

Mięczak zakaźny to schorzenie błony śluzowej i skóry wywołane przez wirus MCV (wirus mięczaka zakaźnego) z rodziny ospy. Infekcja jest wysoce zakaźna, dotyka dorosłych i dzieci zwykle za pośrednictwem przedmiotów tj. ubrania, bezpośredniego kontaktu cielesnego lub stosunku płciowego. Do grup szczególne narażonych należą dzieci z atopowym zapaleniem skóry, dorośli z osłabioną odpornością, osoby w wieku 15-29 lat aktywne seksualnie, prostytutki, ab także sportowcy zwłaszcza zapaśnicy oraz masażyści i fizjoterapeuci. Okres wylęgania choroby trwa zwykle od 2 do 3 miesięcy, charakteryzuje się pojawieniem się zmian grudkowych oraz małych, perłowych guzków z pępkowatym zagłębieniem w centralnej części, u dorosłych zlokalizowanych głównie w okolicy narządów rozrodczych, pośladkach, szpary międzypośladkowej, udach i pachwinach, natomiast u dzieci na twarzy, klatce piersiowej i kończynach. Zwykle schorzenie przebiega bez objawów towarzyszących i ustępuje samoistnie po kilku miesiącach. Diagnostyka choroby opiera się na obserwacji obrazu klinicznego oraz badaniach cytologicznych i histopatologiczny potwierdzających obecność ciałek mięczakowatych. Terapia lecznicza mięczaka zakaźnego opiera się na krioterapii,

łyżeczkowaniu, laseroterapii, elektrokoagulacji lub wycięciu chirurgicznym. Dodatkowa zalecane jest stosowanie środków miejscowych takich jak retinoidy, podofilina, kwas mlekowy, salicylowy, jodyna, czy azotan srebra. Ponadto u osób z nabytym upośledzeniem układu immunologicznego podaje się leki zwiększające odporność [3, 12].

Rzęsistkowica

Rzęsistkowica pochwowa jest wywołana przez pierwotniaka rzęsistka pochwowego najczęściej w wyniku inicjacji seksualnej, ale również do zakażenia może dość podczas porodu, kąpieli w brudnych wannach, na basenach, czy używając wspólnych przyborów higienicznych tj. ręcznik, gąbka. Okres wylęgania choroby trwa około 3-28 dni. W pochwie kobiety z powodu pH 5,5-7,0 i dużej zawartości glikogenu są sprzyjające warunki do życia drobnoustroju, który wywołuje zapalenie w wyniku przyczepu do tkanek nabłonka, mężczyźni natomiast zazwyczaj pełnią funkcję nosicieli, ze względu na niesprzyjające środowisko cewki moczowej [3].

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia rzęsistkowica jest najczęstszą chorobą przenoszoną drogą rozrodczą, rocznie na świecie odnotowuje się 190 milionów nowych przypadków, co oznacza, że średnio, co 10 kobieta zmaga się z rzęsistkowym zakażeniem pochwy. W Polsce te dane nie są znane, z powodu braku obowiązkowego rejestru infekcji [13].

U płci żeńskiej rzęsistkowica występuje w postaci zapalenia pochwy i sromu, z towarzyszącymi żółtozielonymi, pienistymi, obfitymi upławami o nieprzyjemnej woni, pieczeniem i świądem, szczególnie nasilony w trakcie mikcji, stosunków płciowych oraz krwawieniu miesiączkowym. Ponadto w trakcie badania fizykalnego stwierdza się zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej oraz szyjkę truskawkową, czyli krwawe wybroczyn w okolicy pochwy i szyjki macicy. Dodatkowo to schorzenie może doprowadzić do zapalenia cewki moczowej, gruczołów okołocewkowych, pęcherza moczowego, gruczołu Bartholina oraz dolegliwości bólowych w okolicy podbrzusza. W ciąży pierwotniak jest przyczyną wcześniactwo, przedwczesnego odejścia wód płodowych oraz niskiej masie urodzeniowej dziecka [3, 13].

Obraz kliniczny u mężczyzn jest zazwyczaj bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Powikłaniami zakażenia rzęsistkiem pochwowym jest zapalenie cewki moczowej, gruczołu krokowego, najądrzy oraz pęcherza moczowego, ponadto może być przyczyną spadku płodności w wyniku pochłaniania plemników przez patogen [3].

Najprostszą i najpowszechniejszą metodą rozpoznawania zakażenia jest badanie kropli wiszącej, które opiera się na obserwacji żywych rzęsistków pod mikroskopem w kropli roztworu fizjologicznego NaCl. Czułość metody szacuje się na 40-80%. Ponadto w diagnostyce

stosuje się preparaty barwione metodą Gram, Papanicolaou, błękitu metylowego, Giemsy oraz metodę hodowli i immunofluorescencji. Materiał biologiczny do badań laboratoryjnych jest pobierany z pochwy, cewki moczowej, gruczołu krokowego oraz mocz i sperma [3].

Według obowiązujących standardów w terapii leczniczej rzęsistkowicy zaleca się doustne przyjmowanie metronidazolu lub tynidazolu, czy ornidazolu. W ;przypadku kobiet w ciąży możliwe jest przyjmowanie leku w formie dopochwowej. Nie zależnie od wyników badań, leczeniem powinien być również objęty partner seksualny osoby zakażonej oraz konieczna jest w tym okresie abstynencja seksualna [3].

Drożdżyca

Drożdżyca inaczej nazywana kandydozą jest wynikiem zakażenia drożdżopodobnymi grzybami z rodziny Candida. Według danych statystycznych około 25% zapaleń pochwy jest spowodowane drożdżycą, ponadto szacuje się, że ¾ kobiet na świecie przeszło infekcje tego rodzaju i u większości z nich ma ona charakter nawrotowy. Do czynników predysponujących do rozwoju infekcji zalicza się stosowanie doustnych środków antykoncepcji hormonalnej, ciąża, menstruacja, cukrzyca, otyłość, niedowaga, leki immunosupresyjne, urazy, nowotwory, AIDS. U noworodków zakażonych w trakcie porodu zwiększa się ryzyko pojawiania pleśniawek w okolicy jamy ustnej. Natomiast kandydoza u mężczyzna jest głównie wynikiem stosunków seksualnych, charakteryzuje się skąpym przebiegiem w postaci zapalenia napletka i żołędzia z towarzyszącym zaczerwienieniem, pieczeniem, świądem i wykwitami z białym nalotem. Zakażenie u płci męskiej może być przyczyną obrzęku stulejki i żołędzi oraz zapalenia cewki moczowej [3, 14].

Obraz kliniczny drożdżycy u kobiet występuje w postaci zapalenia sromu i pochwy o zróżnicowanym nasileniu. Chore zgłaszają obecność białych, gęstych upławów, świąd, piecznie oraz nasilone dolegliwości bólowe w trakcie stosunku płciowego, miesiączki i mikcji. Ponadto w trakcie badań fizykalnych obserwuje się obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej sromu i pochwy, nadżerki, biały nalot oraz zmiany odparzeniowe w pachwinach i szparze pośladkowej. Dodatkowo przewlekła drożdżyca jest przyczyną zapalenia układu moczowego, szyjki macicy, odbytnicy i zmian rozrostowych [3].

W diagnostyce kandydozy materiał biologiczny pobrany z cewki moczowej, pochwy i worka napletkowego podlega badaniom mikroskopowym w 10% roztworze KOH, brawieniu Grama, PAS oraz metodzie hodowlanej, wykrywającej także infekcje bezobjawowe. Dodatkowo ważna jest obserwacja obrazu klinicznego i wywiad epidemiologiczny. W leczeniu zaleca się podawanie miejscowych środków przeciwgrzybiczych, zazwyczaj pochodnych

imidazoli, nystatynę i pimafucynę oraz o działaniu ogólnym flukonazolu, itrakonazolu i ketokonazolu. Ponadto jako profilaktykę nawrotową zaleca się picie jogurtów naturalnych, unikanie czynników sprzyjających oraz noszenie bawełnianej bielizny [3].

Bakteryjne zakażenie pochwy

Bakteryjne zakażenie pochwy jest często spotykane u kobiet w okresie pokwitania, charakteryzuje się zmianami flory bakteryjnej pochwy, cechami zapalenia oraz nadmiernym rozwojem bakterii zwykle beztlenowych, co powoduje zmniejszenie ilość pałeczek kawasu mlekowego. Stanowi od 10 do 60% wszystkich przypadków infekcji pochwy. Zakażenia dotyka tylko kobiet i może mieć bezobjawowy przebieg lub z towarzyszącymi symptomami takimi jak rybi zapach wydzieliny z pochwy, bardziej intensywny po stosunku seksualnym w czasie menstruacji oraz skąpe upławy. Nieleczone może być przyczyną zapalenia układu moczowego, szyjki macicy, PID, zakażenia rany pooperacyjnej, zapalenia wód płodowych, przedwczesnego porodu, poronienia nawykowe, posocznica [3, 15].

Diagnostyka opiera się na obecności co najmniej trzech z czterech ustalonych kryteriów, do których zalicza się pH pochwy powyżej 4,5, obecność na ścianach pochwy szarawej wydzieliny, dodatni wynik testu aminowego, który polega na zwiększeniu intensywność rybiego zapachu wydzieliny pod wpływem 10% KOH oraz badania mikroskopowe. Ponadto w rozpoznaniu pomocne są badania bakteriologiczne. W leczeniu zaleca się doustne przyjmowanie metronidazolu lub klindamycyny, partnerzy seksualni nie muszą być objęci terapią [3].

AIDS

AIDS jest to zespół nabytego upośledzenia odporności wywołany prze wirus HIV (ludzki wirus upośledzenia odporności) typu 1 lub 2. Charakteryzuje się osłabieniem układu immunologicznego, w wyniku zmniejszania ilości limfocytów oraz upośledzenie ich działania, ponadto w przebiegu zakażenia obserwuje się liczne zakażenia opurnistyczne, zaburzenia psychiczne, neurologiczne, rozwój nowotworów, choroby skóry i błony śluzowej oraz ogólne osłabienie organizmu. Do transmisji wirusa dochodzi w wyniku stosunków seksualnych, transfuzji krwi i preparatów krwiopochodnych, transplantacji narządów, zakucie zainfekowaną igłą przez personel medyczny, używanie niesterylnych igieł i strzykawek szczególnie w środowisku osób zażywających dożylne środki narkotyczne, w trakcie porodu, karmienia piersią lub wewnątrzmacicznie z chorej matki na dziecko oraz w studiu tatuażu używającego niejałowego sprzętu. Płeć żeńska jest bardziej narażona na zakażenie ze względu na dużą

powierzchnie błony śluzowej [16]. Do płynów ustrojowych o dużej zakaźności zalicza się krew, nasienie, tkani, wydzielane z pochwy, a także płyn mózgowo-rdzeniowy, opłucnowy, otrzewnowy i owodniowy, natomiast ślina, kał, mocz i pot do niezakaźnych [3].

Epidemiologia

Zgodnie z danymi z 2019 roku Światowej Organizacji Zdrowia, UNAIDS oraz ECDC na świecie rozpoznano około 37,9 milionów osób zakażonych wirusem HIV i chorujących na AIDS, rocznie odnotowuje się 1,7 miliona nowych infekcji, natomiast około 770 tysięcy osób zmarło z tego powodu, jest to jedna z najczęstszych przyczyn śmierci na świecie. W Polsce według rejestru Państwowego Zakładu Higieny zgłoszono 24 908 zainfekowanych HIV i 3734 z rozpoznanym AIDS. Określa się, że nawet 70% osób zainfekowanych nie jest tego świadoma [17]. Dodatkowo obserwuje się tendencje wzrostową zakażonych kobiet około 47% przypadków na świecie oraz spadek infekcji na drodze transfuzji krwi [3]. Do grup szczególnie narażonych na infekcje zalicza się narkomanów, homoseksualistów, prostytutki, chorych na hemofilie, osoby preferujące przygodne stosunki seksualne, posiadające wielu partnerów, robiące tatuaże i piercing w niepewnych studiach, niestosujące prezerwatyw, chorujące na inne STG oraz personel medyczny. Aktualnie w Polsce terapią antyretrowirusową organizowaną przez Ministerstwo Zdrowia objętych jest 12382 chorych, z czego 97 stanowią dzieci [3, 17].

Klasyfikacja zakażenia HIV

Do kategorii A zalicza się:

- ✓ Bezobjawowe infekcje HIV,
- ✓ Pierwotne zakażenie HIV ze zmianami chorobowymi lub po przebyciu wiremii w fazie ostrej,
- ✓ Uogólniona, przewlekała limfadenopatia,

Do kategorii B zalicza się:

- ✓ Zmiany wskazujące na upośledzenie odporności komórkowej lub związane z infekcją HIV,
- ✓ Zmiany o obrazie klinicznym lub wymagające postępowania podobnego do stosowanego w powikłaniach wywołanych wirusem HIV,

Przykłady: kandydoza gardła, krtani, pochwy, sromu, bakteryjna angiomatoza, dysplazja szyjki macicy.

Kategorię C podzielona na 3 grupy:

- ✓ Grupa A- zakażenia opurnistyczne np. kandydoza oskrzeli, tchawicy, przełyku, płuc, opryszczka zwykła, zapalenie siatkówki w przebiegu zakażenia wirusem cytomegalii, gruźlica płyc, pozapłucna, rozsiana, toksoplazmoza mózgu, nawracająca posocznica,
- ✓ Grupa B- inne choroby wskaźnikowe np. zespół wyniszczenia w przebiegu HIV, rak inwazyjny szyjki macicy, mięsak Koposiego, chłoniak pierwotny mózgu, śródmiąższowe limfatyczne zapalenie płuc, zapalenie mózgu w przebiegu HIV,
- ✓ Grupa V- choroby wskaźnikowe o niepełnej informacji np. chłoniak o nieokreślonej klasyfikacji, bliżej nieokreślona zakażenia opurnistyczne [1].

Obraz kliniczny

Przebieg zakażenia w każdym przypadku jest indywidualny i zależy od wielu czynników, podzielono je na kilka faz pierwotne zakażenie HIV, okres utajony, wczesne zakażenie objawowe oraz AIDS [3].

Pierwotne zakażenie HIV inaczej ostra choroba retrowirusowa pojawiająca się u 40-90% chorych. Okres wylęgania trwała 2-6 tygodni i zazwyczaj ustępuje samoistnie. Obraz kliniczny tego etapu nie jest swoisty, towarzyszą mu dolegliwości rzekomo grypowe tj. bóle mięśniowo-stawowe, gardła, głowy, gorączka, ogólne osłabienie organizmu, zmniejszone łaknienie, biegunka, nudności, wymioty, dodatkowo może pojawić się zespół mononukleozydowy objawiając się osutką plamisto-grudkową głownie na tułowi, twarzy i kończynach, powiększeniem węzłów chłonnych, śledziony, wątroby oraz gorączką z zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, rdzenia kręgowego i mózgu. W ciągu 6 miesięcy dochodzi do równowago pomiędzy stężeniem przeciwciał, a replikacją wirusa, następnie wzrostu ilości limfocytów [3, 18].

Okres zakażenia utajonego może występować nawet kilkanaście lat bez żadnych objawów. U około 30% chory może dojść w tym czasie do PGL (przewlekłego uogólnionego powiększenia węzłów chłonnych). W tym okresie liczba limfocytów spada o 30-90/mm3 w skali roku, jej szybkość zależy od pierwotnej wiremii, im była większa tym następuje szybszy spadek komórkowy. Ten okres chorobowy jest niebezpieczny, ponieważ osoby nieświadome zakażenia mogą je przenosić na swoich partnerów seksualnych. Po tym okresie następuje wczesne zakażenie objawowe, w czasie którego dochodzi do uszkodzenia układu odpornościowego [3].

Ostatnim stadium zakażenia HIV jest AIDS rozwijający się około 10 lat. Podstawa rozpoznania zespołu jest obecność chorób wskaźnikowy i zmniejszenie ilości we krwi obwodowej limfocytów poniżej 200/mm3. Większości przypadków AIDS towarzyszą zakażenia oportunistyczne o charterze ciężkim lub nowotworowym oraz wyniszczenie organizmu, ponadto obserwuje się rozległe zmiany skórno-śluzowe o agresywnym, nietypowym przebiegu, oporne na leczenie, do który zalicza się:

- Nowotwory tj. chłoniaki o przebiegu powolnym lub agresywnym, zwykle pochodzące z limfocytów T, zlokalizowane częściowo w ośrodkowym układzie nerwowym i przewodzie pokarmowym, a także podstawnokomórkowe, kolczystokomórkowek raki skóry, czerniaki o złośliwym charakterze oraz mięsak Kopasiego, nazywany mięsakowatością mnogą krwawą [17, 18].
- Zakażenia wirusowe, wśród których wyróżnia się zakażenie wirusem opryszczki zwykłej, cechujący się zmianami wrzodziejącym w okolicy naturalnych otworów, zakażenie wirusem ospy wietrznej i półpaśca, mięczak zakaźny zlokalizowany na twarzy i narządach płciowych, zakażenie wirusem cytomegalii, HPV oraz leukoplakia włochata jamy ustnej [3].
- Zakażenia grzybicze najczęściej w postaci kandydozy narządów płciowych, jamy ustnej, przełyku, grzybic głębokich, zakażeń dermotofitami oraz zakażenie Pityrosporum ovale.
- Zakażenia bakteryjne u chorych na AIDS objawia się w postaci zapalenia mieszka włosowego, dziąseł, przyzębia, naczyniakowatości bakteryjnej, ropowic oraz czyraczności [3, 16, 18].
- Zakażenia pasożytnicze w postaci świerzbu.
- Dermatozy nieinfekcyjne tj. trądzik, atopowe i łojotokowe zapalenie skóry, rybia łuska, zmiany naczyniowe, zespół żółtych paznokci, czy grudkowe zapalnie skóry [3].

Diagnostyka

Rozpoznanie zakażenia wirusem HIV opiera się na wykrywania w płynach ustrojowych, komórkach i tkankach przeciwciał anty-HIV, przy użyciu testów serologicznych, będących podstawową metodą wykrywania infekcji, nawet w fazie bezobjawowej. Nie są one jednak zalecane u dzieci do 1,5 roku, ponieważ w ich surowicy mogą utrzymywać się matczyne przeciwciała oraz przed czwartym tygodniem od infekcji, ze względu na małą ilość

wytworzonych przeciwciał. W przypadku uzyskanego pozytywnego wyniku Światowa Organizacja Zdrowia zaleca ponowne przeprowadzenie badania po 12 tygodniach z nowej próbki oraz test potwierdzający charakteryzujący się wyższą swoistością. Dodatkowo we wczesnej diagnostyce u noworodków matek chorych i monitorowaniu leczenia wykonuje się testy wykrywające wirus upośledzający odporność lub jego elementy poprzez odkrycie białka rdzeniowego antygenu p24 metodą ELISA, materiału genetycznego wirusa metodą PCR oraz hodowlę komórkową w przypadkach niepewnej diagnozy [3].

Leczenie

Podstawą w leczeniu zakażenia wirusem HIV jest terapia antyretrowirusowa, która należy włączyć przed powstaniem nieodwracalnych zmian w układzie odpornościowych, monet ten trzeba dostosować indywidualnie w każdego pacjenta. Schemat leczenia opiera się na skojarzonym podawaniu minimum 3 leków z różnych grup farmakologicznych o innych punktach uchwytu, do których zalicza się nukleozydowe inhibitory rewertazy, nienukleozydowe inhibitory rewertazy, inhibitory fuzji i proteazy. Oczekiwanym efektem terapeutycznym jest zahamowanie wiremii wirusa. Leczenie trwa do końca życia, bez redukcji dawki, lecz nie doprowadza do całkowitego usunięcia wirusa z organizmu ze względu na możliwość przetrwania patogenu między innymi w węzłach chłonnych, komórkach dendrytycznych, makrofagach krwi, męskich narządach płciowych, ponadto terapia wiąże się z skutkami ubocznymi farmakoterapii. Dodatkowo u osób chorych na AIDS zaleca się wprowadzenie profilaktykę infekcji oraz leczenie chorób wskaźnikowych. Ważne jest również unikanie ryzykownych zachowań seksualnych, wśród których wyróżnia się stosunki bez prezerwatyw, stosunki oralno-analne narażające stronę aktywną, stosunek oralny z wytryskiem w usta z uszkodzoną śluzówką, używanie tych samych rekwizytów seksualnych oraz brutalne zachowania seksualne doprowadzające do krwawień. W przypadku kobiet w ciąży jednorazowo podaje się newirapin, który później przyjmuje noworodek przez okres 7 dni oraz zaleca się rozwiązanie ciąży w 38 tygodniu poprzez cięcie cesarskie [3, 19].

Świerzb

Świerzb należy do grupy chorób wenerycznych wywołanych przez świerzbowca ludzkiego. Do transmisji dochodzi w wyniku stosunków seksualnych i bezpośredniego kontakty z osobą zakażoną lub jej przedmiotami użytku codziennego ubrań, pościelom. Czynnikami sprzyjającym rozwojowi świerzbu jest mała powierzchnia mieszkania, niski poziom higieny osobistej oraz brak urządzeń sanitarnych. Okres rozwoju schorzenia trwa od

2 do 3 tygodni. Charakteryzuje się świądem zwiększającym intensywność po rozgrzaniu ciała, obecnością grudek i pęcherzyków zapalnych oraz wyprysków i zmian o typie liszajca zlokalizowanych głównie na dłoniach i stopach, a także w okolicy narządów płciowych, piersi, pachwin, pach, podbrzusza czy pośladków. W przypadku wystąpienia świerzbu norweskiego inaczej hiperkeratotycznego dolegliwości pojawiają się także na owłosionej skórze głowy, paznokciach, twarzy i na grzbiecie, ponadto jest wysoce zakaźny i pojawia się u osób z obniżoną odpornością, zespołem Downa, czy demencją. Inną postacią choroby jest świerzb guzkowaty, cechująca się obecnością brązowo-czerwonych guzków w okolicy pośladków, pachwin, pach i męskich narządów rozrodczych. Diagnostyka schorzenia opiera się na obserwacji obrazu klinicznego i badaniach mikroskopowych [20].

Terapia lecznicza opiera się na stosowaniu miejscowym permetyna w formie kremu, 0,3% lindanu w postaci maści, żelu lub emulsji, a także 30% ester benzylowy kwasu benzoesowego w oleju parafinowym, 10% krotamin, czy maść Wilkinsona posiadająca w składzie mieszaninę siarki i dziegciu. Dodatkowo zaleca się krótkie obcinanie paznokci, ze względu na przetrwania jaj świerzbowca pod płytką. Ponadto leczeniem powinni być objęci wszyscy domownicy oraz partnerzy seksualni pacjenta [1].

Wszawica łonowa

Do chorób przenoszonych drogą płciowa zalicza się wszawicę łonową spowodowano pasożytnictwem wszy łonowej na owłosionej skórze wzgórka łonowego i krocza. Schorzeniem cechuje się dużą zakaźnością, do transmisji zakażenia dochodzi w wyniku bezpośredniego kontaktu z włosami osoby chorej lub pozapłciowo używający tych samych przedmiotów higienicznych. Główną dolegliwością wszawicy jest obecność uporczywego świądu zwykle w okolicy krocza, brzucha, klatki piersiowej oraz rzadziej na skórze brody, brwi, rzęs, pach i pachwin. Dodatkowo u pacjenta można zaobserwować obrzęk, zaczerwienienie i grudki zapalne. Rozpoznanie opiera się na zobaczeniu gołym okiem lub pod mikroskopem wszy łonowej oraz obserwacji obrazu klinicznego. W terapii leczniczej stosuje się miejscowo 1% permetrynę, perytrynę z piperonylem butoxide w formie szamponu lub 0,5% roztwór melathionu. Przed rozpoczęciem leczenia należy ostrzyc lub ogolić włosy w okolicy zajętej przez wszy [1].

PODSUMOWANIE

Choroby przenoszone drogą płciową, zwane kiedyś chorobami wenerycznymi, to grupa chorób zakaźnych, które przenoszone są poprzez kontakty płciowe. Prawie połowa przypadków dotyka osób pomiędzy 15 a 24 rokiem życia.

Z uwagi na to, że wiele chorób przenoszonych drogą płciową nie daje żadnych objawów, lub objawy są bardzo nieznaczne, chory często nieświadomie zaraża kolejne osoby. Dlatego też w celu szybkiego wykrycia i podjęcia leczenia ważne jest wykonywanie badań przesiewowych. Zaleca się, aby wchodziły one w zakres rutynowych badań wykonywanych u aktywnych seksualnie nastolatków i młodych ludzi, jak również osób dorosłych znajdujących się w grupie podwyższonego ryzyka.

Nieleczone choroby przenoszone drogą płciową mogą mieć istotne i długotrwałe konsekwencje, m.in. prowadzą do bezpłodności u obu płci, natomiast u kobiet mogą powodować stany zapalne w obrębie miednicy, co zwiększa ryzyko bezpłodności i ciąży pozamacicznej. Oprócz tego jedna z chorób przenoszonych drogą płciową – zakażenie wirusem HPV, zwiększa również ryzyko raka szyjki macicy u kobiet. Kobiety ciężarne lub planujące ciążę powinny wiedzieć, że nieleczone choroby przenoszone drogą płciową mogą powodować powikłania u noworodka. Obecnie badania przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową wchodzą w zakres rutynowej opieki prenatalnej.

PIŚMIENNICTWO

1. Firląg-Burkacka E.: Choroby przenoszone drogą płciową. Krajowe Centrum ds. AIDS Agencja Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2017.
2. Maciejewski S., Rudnica I.: Choroby przenoszone drogą płciową w Polsce w 2010 roku. Przegląd Epidemiologii 2012; 66: 453-458
3. Rzepa T., Żaba R., Jabukowicz O., Szramka-Pawlak B.: Świadomość stygmatu własnej choroby, a wizerunek samego siebie. Opuscula Sociologica 2012; 1: 105-115.
4. Czarkowski MP, Cielebąk E., Staszewska-Jakubik E., Kondej B.: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2018 roku. Biuletyn Roczny NIZP-PZH, Warszawa 2019.
5. Barrow RY., Ahmed F., Bolan GA., Workowski KA.: Recomendetions of Providing Quality SexuallyTtansmitted Diseases Clinical Services. Morbidity and Mortality Weekly Reports, 2020; 68(5): 1-20.
6. Hill SA., Masters TL., Wachter J.: Gonorrhea- an evolving disease of the new millennium. Microb Cell 2016; 3(9): 371-389.

7. Unemo M., Shafer WM.: Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in the 21st century: past, evolution, and future. Clinical Microbiology Reviews 2014; 27(3): 587-613.
8. Lanjouw E., Ouburg S., Vries HJ., Stary A., Radcliffe K., Unemo M.: Europejskie zalecenia dotyczące postepowania diagnostycznego i leczniczego w zakażeniach Chlamydia trachomatis 2015. Przegląd Dermatologii 2017; 104: 1-10.
9. Lesiak A., Narbutt J.: Kompleksowe leczenie opryszczki wargowej. Forum Dermatologicum 2017; 3(4): 147–151.
10. Sokołowska B., Zasadzka M., Kulik A., Borzęcki A.: Ocena stanu wiedzy na temat zakażeń HPV wśród mieszkańców powiatu bialskiego i parczewskiego. Forum Medycyny Rodzinnej 2015; 9(3): 200–202.
11. Nagórska M., Karabulutlu O., Wardak K., Binkowska-Bury M.: Infekcje HPV — wiedza studentów pielęgniarstwa na przykładzie Polski i Turcji. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2013; 1: 86–94.
12. Nowowiejska J., Baran A., Flisiak I.: Odrębności obrazu klinicznego mięczaka zakaźnego u osób z obniżoną odpornością. Forum Dermatologicum 2020; 6(3): 73-76.
13. Serwin A.B., Koper M.: Rzęsistkowica- istotny czynnik ułatwiający zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności. Przegląd Epidemiologiczny 2013; 67: 131-134.
14. Marchaim D., Lemanek L., Bheemreddy S., Kaye KS., Sobel JD.: Floconazole-resistant Candida albicans vulvovaginitis. Obstetrics & Gynecology 2012; 120(6): 1407–1414.
15. Trzmiel D., Lis-Święty A., Bergler-Czop B.: Klinika zakażeń grzybiczych skóry i jej przydatków w praktyce lekarza rodzinnego- problem ciągle aktualny. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17(4): 212-217.
16. Szmusiak A., Rzepka E., Hładki W.: poziom wiedzy na temat HIV i AIDS wśród społeczeństwa. Ostry Dyżur 2015; 8(4): 108-112.
17. Kamińska-Otok E.E.: Jakość życia pacjentów zakażonych wirusem upośledzenia odporności. Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu 2020; 26(2): 169-174.
18. Ankiersztejn-Bartczak M.: Psychospołeczna sytuacja osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. W Polsce, Warszawa 2013.
19. Horban A., Podlasin R., Cholewińska G., Wiercińska-Drapało A., Knysz B.: Zasady opieki nad osobami zakażonymi HIV- zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Warszawa 2018.

20. Zawadzińska-Halat K., Pyrkosz K., Rachowska R., Weryńska-Kalemba M., Filipowska-Grońska A., Jarząb J.: Świerzb – postaci kliniczne, diagnostyka i leczenie. Medycyna Praktyczna. Lekarz Rodzinny 2016; 3(215): 105-116.

SEKSUALNOŚĆ KOBIET W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM I JEJ ZWIĄZEK Z NASILENIEM RYZYKA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH

Marzena Kaźmierczak[1], Natalia Napierska[2]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Oddział Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera w Toruniu

WSTĘP

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie seksualne jako stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrostanu związanego z seksualnością [1]. Zdrowie seksualne kobiet jest istotną i ważną częścią życia w każdym wieku i zależy od wielu czynników. Ciąża i poród, a potem okres poporodowy wiążą się ze zmianami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi, które mogą mieć związek ze zdrowiem seksualnym. Jak donoszą badania naukowe, funkcje seksualne u kobiet obniżają się w czasie ciąży i nie powracają do poziomu wyjściowego w okresie poporodowym. Przyczyną tego stanu mogą być zmiany związane w obrazie własnego ciała, brakiem snu, napięciem, stresem i dolegliwościami w oddawaniu moczu [2]. Wiele aktywnych seksualnie kobiet w ciąży i ich partnerów obawia się, że stosunek seksualny spowoduje komplikacje w ciąży. W pierwszym trymestrze ciąży zainteresowanie seksualne kobiet w ciąży wyraźnie maleje z powodu objawów fizjologicznych, takich jak: senność, ból piersi, nudności, wymioty, czy zaburzenia nastroju [3, 4]. Kulhawik i wsp. [4] donoszą, że przyczyną braku aktywności seksualnej par w pierwszym trymestrze ciąży była obawa przed powikłaniami ciąży (utrzymaniem ciąży). W drugim trymestrze ciąży widoczny jest wzrost liczby kontaktów seksualnych u zdecydowanej większości kobiet, dodatkowo dochodzi do wzbogacenia doznań seksualnych, a także wzrostu fantazji i snów erotycznych, niezależnie od liczby wcześniejszych ciąż. W trzecim trymestrze ciąży, zarówno u pierworódek, jak i wieloródek obserwuje się wyraźny spadek aktywności seksualnej, zmniejszenie częstości współżycia oraz upośledzenie zdolności do przeżywania orgazmu [3, 4]. Kobiety zwykle zaprzestają aktywności seksualnej z powodu zmian w wyglądzie zewnętrznym związanych z ciążą, a także lęku o płód i niechęci do zbliżeń intymnych [4]. Funkcje seksualne po porodzie pogarszają się między innymi

z powodu powikłań w czasie ciąży, sposobu ukończenia ciąży, urazów krocza (nietrzymanie moczu i stolca, przetoka odbytniczo-pochwowa), dyspareunii, a także zmian psychologicznych, w tym występowania depresji poporodowej.

CEL PRACY

Ocena poziomu funkcjonowania seksualnego kobiet w okresie okołoporodowym oraz ustalenie jej determinantów ze szczególnym uwzględnieniem nasilenia ryzyka objawów depresyjnych.

MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 200 kobiet w okresie okołoporodowym aktywnych seksualnie, które podzielono na grupy. Grupę A stanowiły kobiety ciężarne w III trymestrze ciąży (n=102). Grupę B stanowiły kobiety po 6 tygodniach od porodu (n=98). Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu (KB nr 509/2020). Respondentki rekrutowano do badania za pomocą stron internetowych Formularza Google bez możliwości logowania. Badanie było anonimowe. Narzędziami badawczymi użytymi w pracy były: Edynburska Skala Depresji Poporodowej *(EPDS-Edinburgh Postnatal Depression Scale),* skala oceniająca Funkcjonowanie Seksualne Kobiet *(FSFI-Female Sexual Function Index)* oraz kwestionariusz ankiety własnej (metryczka, dane położnicze).

Edynburska Skala Depresji Poporodowej (EPDS) stanowi narzędzie diagnostyczne umożliwiające wykrycie ryzyka wystąpienia depresji okołoporodowej o różnym nasileniu [5]. Skala składa się z 10 pytań, które dotyczą tygodnia poprzedzającego wykonanie testu. Służy ona ocenie samopoczucia kobiet w różnych jego aspektach i obejmuje: anhedonię, poczucie winy, niepokój, ataki paniki, przemęczenie, zaburzenia snu, smutek/przygnębienie, płaczliwość, a także myśli samobójcze. Kobieta, która uzyska wynik ≥12 punktów znajduje się w grupie wysokiego ryzyka nasilenia objawów depresyjnych [6].

Skala oceniająca Funkcjonowanie Seksualne Kobiet (FSFI) składa się z 19 pytań odnoszących się do 4 ostatnich tygodni poprzedzających wykonanie testu. Pytania obejmują ocenę takich obszarów funkcjonowania seksualnego jak: *pożądanie, podniecenie, lubrykację, orgazmu, satysfakcji seksualnej oraz dolegliwości bólowych związanych z seksualnością*. Uzyskanie przez osobę badaną 26 punktów lub mniej świadczy o obecności znamiennie klinicznych dysfunkcji seksualnych [7].

Większość badanych kobiet, zarówno w grupie A, jak i B było w wieku 25-35 lat (71% vs 73%). Ponad połowa badanych była z wykształceniem wyższym (66% vs 58%). W grupie A ponad połowę badanych stanowiły wieloródki (54%). Pierworódek w grupie B było 68%. Zarówno w grupie A i B poród najczęściej odbył się drogami i siłami natury (35% *vs* 63%). Przebieg ciąży w większości był niepowikłany. Kobiety z grupy A średnio były między 36 a 39 tygodniem ciąży, natomiast z grupy B - średnio po 20 tygodniach od porodu. Wieloródki z grupy A podczas poprzednich porodów miały wykonaną episiotomię (60%). Ponad 80% kobiet w ciąży było aktywnych seksualnie. Około 50% badanych kobiet przyznała, że unikała zbliżeń intymnych z powodu dolegliwości w ciąży, ale przeciwwskazania pojawiły się tylko u 20% respondentek. Ze współżycia z partnerem z uwagi na zaawansowaną ciążę rezygnowało około 25% badanych. Ponad połowa (62%) kobiet będących po 6 tygodniach od porodu nie miała wykonanej episiotomii.

Analiza badania została przeprowadzona za pomocą programu Microsoft Office Excel 2016 oraz oprogramowania SPSS. Użyto testu U Manna-Whitney'a, korelacji rho Spearmana. Wynik istotny statystycznie $p<0,05$ świadczy o występowaniu związku, a o jego sile informuje współczynnik rho, dla którego 0-0,1 brak związku, 0,1-0,3 słaby związek, 0,3-0,5 umiarkowany związek, 0,5-1 silny związek.

WYNIKI

Na podstawie skali FSFI ustalono poziom funkcjonowania seksualnego kobiet w okresie okołoporodowym (A i B). Dane z obserwacji zawarto w Tabeli 1.

Nie wykazano różnicy istotnej statystycznie między grupami A i B w poziomie funkcjonowania seksualnego ($p>0,05$) – Tabela 2.

Tabela 1. Statystyki opisowe skali FSFI

	III trymestr ciąży					Po 6 tygodniach od porodu				
	Min	*Max*	*M*	*SD*	*Me*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	*Me*
Pożądanie	1,2	6	3,76	1,37	3,6	1,2	6	3,78	1,22	3,6
Podniecenie	0	6	4,15	1,80	4,8	0	6	4,41	1,54	5,1
Lubrykacja	0	6	4,61	1,82	5,4	0	6	4,48	1,64	5,1
Orgazm	0	6	4,20	1,84	4,8	0	6	4,32	1,62	4,8
Satysfakcja seksualna	1,6	6	4,78	1,18	4,8	1,2	6	4,74	1,08	4,8
Dolegliwości bólowe	0	5,6	3,92	1,27	4,4	0	5,6	3,84	1,19	4,4
Funkcjonowanie seksualne	4,6	34,8	25,42	7,74	27,8	3,6	34,1	25,58	6,74	27,65

Min- minimum, *Max*- maksimum, *M*- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Me*- mediana

Tabela 2. Porównanie poziomu funkcjonowania seksualnego w grupach A i B

	Z	*p*
Pożądanie	0,24	0,809
Podniecenie	0,49	0,626
Lubrykacja	1,50	0,133
Orgazm	0,05	0,963
Satysfakcja seksualna	0,52	0,603
Dolegliwości bólowe	1,00	0,318
Funkcjonowanie seksualne	0,43	0,665

Z- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

W przypadku kobiet w III trymestrze ciąży wykazano, że wiek (kobiety do 25 lat) miał istotny wpływ na obszary: *poziom pożądania i satysfakcji seksualnej* (Tabela 3).

Tabela 3. Poziom funkcjonowania seksualnego w poszczególnych obszarach skali FSFI ze względu na wiek badanych (A i B)

	III trymestr ciąży						Po 6 tygodniach od porodu					
	18-25 lat		Powyżej 25 lat		*Z*	*p*	18-25 lat		Powyżej 25 lat		*Z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Pożądanie	4,31	1,18	3,61	1,38	**2,03**	**0,042**	3,91	1,18	3,75	1,24	0,47	0,639
Podniecenie	4,44	1,72	4,07	1,82	0,84	0,399	4,40	1,09	4,41	1,65	1,21	0,225
Lubrykacja	4,67	1,92	4,59	1,81	0,03	0,976	4,67	1,07	4,42	1,77	0,17	0,865
Orgazm	4,10	1,82	4,23	1,85	0,73	0,465	4,19	1,18	4,36	1,73	1,31	0,191
Satysfakcja seksualna	5,12	1,26	4,69	1,15	**1,99**	**0,046**	4,63	1,00	4,77	1,10	0,78	0,437
Dolegliwości bólowe	3,73	1,45	3,97	1,22	0,91	0,363	4,29	0,63	3,72	1,28	1,52	0,129
Funkcjonowanie seksualne	26,38	7,90	25,17	7,73	0,54	0,588	26,09	4,03	25,44	7,32	0,65	0,516

M- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Z*- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystyczne

Stan cywilny kobiet (grupa A i B) nie miał istotnego wpływu na poszczególne obszary skali FSFI ($p>0,05$) – Tabela 4.

Tabela 4. Poziom funkcjonowania seksualnego w poszczególnych obszarach skali FSFI ze względu na stan cywilny badanych (A i B)

	III trymestr ciąży						Po 6 tygodniu od porodu					
	Związek partnerski		Związek małżeński		*Z*	*p*	Związek partnerski		Związek małżeński		*Z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Pożądanie	3,92	1,36	3,68	1,37	0,67	0,505	3,77	1,18	3,79	1,25	0,20	0,844
Podniecenie	4,29	1,70	4,08	1,85	0,23	0,820	4,43	1,21	4,40	1,67	0,77	0,444
Lubrykacja	4,86	1,85	4,48	1,81	1,52	0,128	4,44	1,38	4,49	1,75	0,57	0,570
Orgazm	4,31	1,78	4,15	1,88	0,14	0,886	4,10	1,23	4,42	1,76	1,90	0,057
Satysfakcja seksualna	4,94	1,10	4,70	1,22	0,84	0,402	4,66	0,96	4,78	1,13	0,78	0,437
Dolegliwości bólowe	3,87	1,20	3,95	1,31	0,84	0,400	3,83	1,07	3,84	1,25	0,29	0,771
Funkcjonowanie seksualne	26,19	7,52	25,03	7,87	0,55	0,580	25,22	4,42	25,72	7,53	1,76	0,078

M- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Z*- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

Sposób ukończenia ciąży i episiotomia nie miały związku z poziomem funkcjonowania seksualnego kobiet według skali FSFI ($p>0,05$).

Szczegółowe dane przedstawiono w Tabelach 5-6.

Tabela 5. Poziom funkcjonowania seksualnego w poszczególnych obszarach skali FSFI ze względu na sposób zakończenia ciąży (A i B)

	III trymestr ciąży						Po 6 tygodniu od porodu					
	Poród naturalny		Cesarskie cięcie		*Z*	*p*	Poród naturalny		Cesarskie cięcie		*Z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Pożądanie	3,57	1,26	4,00	1,77	0,58	0,560	3,96	1,22	3,58	1,19	1,35	0,178
Podniecenie	4,25	1,75	3,80	2,63	0,18	0,857	4,49	1,48	4,30	1,68	0,85	0,398
Lubrykacja	4,79	1,63	4,20	2,41	0,41	0,685	4,61	1,46	4,26	1,93	0,47	0,635
Orgazm	4,21	1,83	4,33	2,66	1,02	0,307	4,42	1,55	4,13	1,78	0,76	0,445
Satysfakcja seksualna	4,81	1,10	4,80	1,72	0,58	0,559	4,81	1,10	4,59	1,05	1,12	0,264
Dolegliwości bólowe	3,94	1,24	4,27	1,57	1,26	0,208	3,92	0,98	3,66	1,55	0,16	0,876
Funkcjonowanie seksualne	25,58	7,56	25,40	11,10	0,72	0,472	26,21	6,36	24,52	7,49	1,24	0,215

M- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Z*- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

Tabela 6. Poziom funkcjonowania seksualnego w poszczególnych obszarach skali FSFI ze względu na episiotomię (A i B)

	III trymestr ciąży						Po 6 tygodniu od porodu					
	Brak nacięcia		Nacięcie krocza		*Z*	*p*	Brak nacięcia		Nacięcie krocza		*Z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Pożądanie	4,05	1,18	3,44	1,30	1,11	0,267	3,77	1,27	3,81	1,15	0,01	0,994
Podniecenie	4,43	1,85	4,06	1,86	0,73	0,463	4,47	1,56	4,30	1,52	0,71	0,480
Lubrykacja	4,75	1,82	4,68	1,76	0,44	0,662	4,46	1,66	4,50	1,64	0,22	0,823
Orgazm	4,50	1,97	3,93	1,91	1,14	0,254	4,41	1,58	4,16	1,71	0,68	0,497
Satysfakcja seksualna	4,87	1,14	4,71	1,12	0,43	0,667	4,65	1,09	4,90	1,04	1,00	0,319
Dolegliwości bólowe	4,37	0,65	3,85	1,38	1,04	0,300	3,89	1,23	3,75	1,14	1,32	0,188
Funkcjonowanie seksualne	26,96	7,23	24,67	8,02	1,00	0,315	25,66	6,83	25,42	6,69	0,10	0,920

M- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Z*- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

W grupie kobiet w III trymestrze ciąży na granicy tendencji statystycznej wykazano, że otrzymywane od partnera wsparcie społeczne miało istotny wpływ na poziom obszaru *orgazm.* Natomiast w grupie kobiet po porodzie (B) otrzymywane wsparcie społeczne od partnera wpływało na poziom *pożądania, podniecenia*, *lubrykacji* (wynik na granicy tendencji statystycznej), *satysfakcji seksualnej* oraz ogólnego funkcjonowania seksualnego *(p* < 0,05). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 7.

Tabela 730. Poziom funkcjonowania seksualnego w grupach A i B ze względu na otrzymywane wsparcie społeczne

	III trymestr ciąży						Po 6 tygodniu od porodu					
	Brak wsparcia		Wsparcie od partnera		*Z*	*p*	Brak wsparcia		Wsparcie od partnera		*Z*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Pożądanie	4,20	2,55	3,75	1,35	0,33	0,742	3,05	1,38	3,88	1,17	**1,94**	**0,053**
Podniecenie	3,00	2,55	4,17	1,79	0,96	0,338	3,55	1,60	4,52	1,51	**2,27**	**0,023**
Lubrykacja	3,45	2,33	4,63	1,82	1,19	0,234	3,85	1,32	4,56	1,67	**1,96**	**0,050**
Orgazm	1,40	0,28	4,26	1,81	**1,92**	**0,054**	3,96	1,50	4,37	1,64	1,16	0,245
Satysfakcja seksualna	3,80	2,55	4,80	1,15	0,75	0,455	3,93	1,32	4,85	1,00	**2,28**	**0,023**
Dolegliwości bólowe	4,20	0,28	3,92	1,28	0,21	0,832	3,45	1,02	3,89	1,21	1,71	0,087
Funkcjonowanie seksualne	20,05	5,30	25,52	7,76	1,38	0,169	21,79	6,76	26,06	6,63	**2,27**	**0,023**

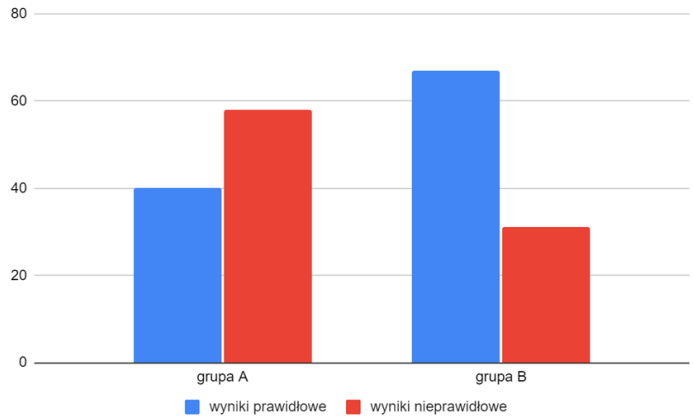
M- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Z*- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

W Tabeli 8 i na Rycinie 1 przedstawiono statystyki opisowe skali EPDS.

Tabela 8. Statystyka opisowa skali EPDS

	III trymestr ciąży					Po 6 tygodniu od porodu				
	Min	*Max*	*M*	*SD*	*Me*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	*Me*
Skala depresji poporodowej	0	27	8,51	5,98	7	0	25	9,37	6,12	8

Min- minimum, *Max*- maksimum, *M*- średnia. *SD*- odchylenie standardowe, *Me*- mediana



Rycina I. Rozkład wyników skali EPDS badanej próby (A i B)

Kobiety będące w III trymestrze ciąży nie różniły się od kobiet po 6 tygodniach od porodu pod względem ryzyka objawów zaburzeń depresyjnych (Tabela 9).

Tabela 9. Wynik analizy porównawczej dla EPDS ze względu na grupy badane

	Z	*p*
Skala EPDS	1,02	0,310

Z- statystyka U Manna- Whitney'a, *p*- poziom istotności statystycznej

Wykazano, że im wyższe wskaźniki w skali EPDS uzyskały badane w obydwu grupach, tym był niższy ich poziom funkcjonowania seksualnego (Tabela 10).

Tabela 10. Ustalenie związku między skalami FSFI a EPDS w badanych grupach A i B

	Skala EPDS	
	III trymestr ciąży	Po 6 tygodniach od porodu
Pożądanie	**-0,20***	-0,12
Podniecenie	**-0,32****	-0,18
Lubrykacja	**-0,27****	-0,13
Orgazm	**-0,43*****	**-0,25***
Satysfakcja seksualna	**-0,43*****	**-0,30****
Dolegliwości bólowe	-0,12	0,02
Funkcjonowanie seksualne	**-0,40*****	**-0,21***

*$p < 0,05$; **$p < 0,01$; ***$p < 0,001$

DYSKUSJA

Aktywność seksualna kobiet w okresie okołoporodowym jest zróżnicowana. Wpływa na nią wiele czynników, które uzależnione są głównie od stanu psychicznego, fizycznego, ale także czynników społecznych. Większość badań wskazuje na istnienie wyraźnych związków między ciążą i porodem a skłonnością kobiet do wykazywania zaburzeń w aspekcie funkcjonowania seksualnego [8]. Dane uzyskane z badania własnego na podstawie skali FSFI donoszą, że zarówno kobiety w III trymestrze ciąży, jak i kobiety po porodzie prezentują znamienne dysfunkcje seksualne. Średnia FSFI uzyskana w grupie A wynosiła 25,42, a w grupie B – 25,58. Dysfunkcje seksualne u kobiet w okresie okołoporodowym wykazali również Wallwiener i wsp.[9]. Kobiety w III trymestrze ciąży i w okresie poporodowym uzyskały średnią skali FSFI <26,55 we wszystkich punktach pomiarowych. Zaburzenie pożądania seksualnego było najczęstszą formą kobiecej dysfunkcji seksualnej. W materiale własnym najniższy wskaźnik skali FSFI uzyskały respondentki w obszarze *pożądania.* Ilska i wsp.[8] wykazali, że jednym z głównych powodów zaburzeń seksualnych wśród kobiet w okresie okołoporodowym jest spadek pożądania seksualnego, a w konsekwencji również spadek satysfakcji ze współżycia. O obniżeniu poziomu pożądania wśród kobiet w okresie okołoporodowym donoszą również Eryilmaza i wsp. [10]. Aż 60% badanych kobiet w ogóle nie odczuwało pożądania. Średnio, co 3 kobieta w okresie ciąży prezentowała niski poziom

pożądania w badaniu Jiann i wsp.[11]. W badaniu własnym nie wykazano różnicy istotnej statystycznie między grupami A i B w poziomie funkcjonowania seksualnego. Stwierdzono natomiast, że u kobiet w III trymestrze ciąży wyższy poziom *pożądania i satysfakcji* seksualnej odczuwały kobiety do 25 lat. Podobne wyniki uzyskała Kremska i wsp. [12] stwierdzając, że ciężarne w młodszym wieku prezentują istotnie wyższy poziom pożądania niż powyżej 25 roku życia. W badaniu Zhang i wsp.[13] wykazano, że u kobiet w ciąży częstość współżycia istotnie zmniejszała się w każdym trymestrze ciąży w porównaniu z okresem sprzed ciąży. Wzrost aktywności seksualnej odnotowano tylko u 1% kobiet ciężarnych (n=217). Kobiety unikały seksu między innymi z powodu: uczucia zbyt dużego ciężaru ciała, bólu miednicy, zmęczenia lub dyskomfortu podczas stosunku (np. skurcze macicy i suchość błony śluzowej pochwy). Ponadto respondentki uważały, że odbywanie stosunków jest niebezpieczne dla płodu, bały się poronienia, krwawienia, czuły się nieatrakcyjne dla swoich partnerów. Wykształcenie, aktywność zawodowa, BMI przed ciążą i przyrost masy ciała w ciąży były istotnymi predyktorami dysfunkcji seksualnych u tych samych kobiet 6 miesięcy po porodzie. Sposób zakończenia ciąży wydaje się mieć ogromny wpływ na powrót kobiet do aktywności seksualnej. Zmiany w obrębie narządu rodnego są nieuchronnym elementem każdego porodu naturalnego. Wyniki badania własnego nie wykazały, aby sposób zakończenia ciąży miał istotny wpływ na poszczególne obszary skali funkcjonowania seksualnego, zarówno w grupie kobiet w III trymestrze ciąży, jak i w grupie kobiet po 6 tygodniach od porodu. Wykazano, że dysfunkcje seksualne dotyczyły obu grup kobiet niezależnie od sposobu zakończenia ciąży. Według Pomorskiego i wsp. [14] na reakcje seksualne kobiet znaczny wpływ ma bolesność blizny po cięciu cesarskim. Aż 50% kobiet cierpi z powodu niecałkowitego zagojenia się rany mięśnia macicy wskutek porodu operacyjnego, co prowadzi do rozwoju dysfunkcji seksualnych. Rathfisch i wsp. [15] wykazali, że kobiety, u których wykonano episiotomię lub doszło do pęknięcia krocza II stopnia podczas porodu zgłaszały niższy poziom libido, orgazmu i satysfakcji seksualnej oraz ból podczas stosunku. Wydaje się, że nacięcie krocza oraz zszycie rzutuje na wznowienie współżycia po porodzie i ma wpływ na powstawanie dysfunkcji seksualnych wśród kobiet. Jednak wyniki uzyskane z badania własnego wykazały, że nacięcie krocza nie miało związku z obniżeniem poziomu funkcjonowania seksualnego. Natomiast badania przeprowadzone przez Filipek i wsp. [16] prezentują odmienne wyniki. Około 48% kobiet cierpiało z powodu obniżenia jakości życia seksualnego z powodu nabytego uszkodzenia krocza, a około 27% było całkowicie niezadowolona z estetyki narządu. Defekty powstałe w wyniku obrażeń krocza stanowią jeden z głównych determinantów obniżenia poziomu funkcjonowania seksualnego. Problemy związane z lubrykacją, a nawet jej brakiem

stwierdzono u blisko 62% respondentek [17]. Z uwagi na to, że ciąża i poród wpływa na funkcjonowanie kobiet nie tylko w aspekcie fizycznym, ale także psychicznym w badaniu własnym podjęto próbę ustalenia występowania korelacji między dysfunkcjami seksualnymi a nasileniem ryzyka objawów depresyjnych wśród kobiet w okresie okołoporodowym. Na ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju po porodzie narażona jest średnio, co 4 kobieta [18]. Analiza badania własnego wykazała, że ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju dotyczyło 52,9% kobiet w III trymestrze ciąży oraz 29,4% w okresie poporodowym. Może to wynikać z faktu trwania obecnie pandemii koronawirusa, co wiąże się z wyższym ryzykiem depresji poporodowej. Według Nicolini [19] w następstwie pandemii znacząco wzrosła liczba osób cierpiących z powodu lęku, depresji, a nawet zespołu stresu pourazowego. Badanie własne wykazało, że wysokie ryzyko depresji było silnie związane z poziomem funkcjonowania seksualnego kobiet w okresie okołoporodowym. W grupie A wykazano, że poziom skali EPDS był istotnie powiązany z poziomem *pożądania, podniecenia, lubrykacji, orgazmu, satysfakcji seksualnej* i łącznej skali funkcjonowania seksualnego. Kobiety w ciąży z wysokim poziomem ryzyka depresji miały też niższy poziom funkcjonowania seksualnego szczególnie w obszarach *orgazm i satysfakcja seksualna.* W przypadku grupy B wykazano, że poziom skali EPDS był istotnie powiązany z poziomem *orgazmu, satysfakcji seksualnej* i łącznej skali funkcjonowania seksualnego. Kobiety po porodzie z wysokim ryzykiem depresji poporodowej uzyskały niższy poziom funkcjonowania seksualnego szczególnie w obszarach *orgazm i satysfakcja seksualna.* Kobiety z podwyższonymi wynikami EPDS miały istotnie niższe ogólne wyniki FSFI, w tym obszarów *podniecenia, orgazmu i satysfakcji* niż kobiety bez depresji w badaniu Wiellwiener'a i wsp. [9]. W okresie okołoporodowym dla kobiet duże znaczenie ma wsparcie ze strony najbliższych. Osobami najbliższymi są zazwyczaj partnerzy. W badaniu własnym wykazano, że w grupie kobiet w III trymestrze ciąży otrzymywane wsparcie społeczne od partnera miało istotny wpływ na poziom obszaru *orgazm*. Kobiety po porodzie, które przyznały, że otrzymują wsparcie od partnera osiągnęły wyższy poziom funkcjonowania seksualnego, szczególnie w zakresie *podniecenia i satysfakcji seksualnej*. Mimo to badane grupy kobiet prezentowały występowanie dysfunkcji seksualnych. Według Gebuzy i wsp. [20] wsparcie ze strony partnera jest oceniane znacznie wyżej niż wsparcie ze strony innych bliskich osób. Jego obecność w okresie okołoporodowym zmniejsza poziom odczuwanego lęku, umacnia więź emocjonalną, a także wpływa na wzrost satysfakcji z życia kobiet. Z uwagi na powagę problemów ujętych w badaniu wysuwa się wniosek, że kobiety w okresie okołoporodowym wymagają wsparcia społecznego (emocjonalnego i instrumentalnego) i zainteresowania nie tylko ze strony osób bliskich, ale także personelu medycznego. Zaburzeniom związanym z aktywnością seksualną

kobiet w czasie ciąży, jak i w okresie poporodowym można zapobiec poprzez prowadzoną na szeroką skalę edukację, bowiem kluczem do prawidłowego funkcjonowania w każdym aspekcie życia, w tym seksualnego jest osiągnięcie dobrostanu psychicznego.

WNIOSKI

1. Kobiety w okresie okołoporodowym prezentowały znamienne dysfunkcje seksualne, głównie w obszarze *pożądania.*
2. Kobiety ciężarne po 25 roku życia osiągnęły niższy poziom *pożądania* oraz *satysfakcji seksualnej* niż kobiety młodsze.
3. Sposób ukończenia ciąży i episiotomia nie miały związku z poziomem funkcjonowania seksualnego kobiet w badanych grupach.
4. Otrzymywane wsparcie społeczne od partnera miało związek z poziomem funkcjonowania seksualnego (u kobiet ciężarnych w obszarze *orgazm*, u kobiet po porodzie w obszarach *pożądania, podniecenia*, *lubrykacji* i *satysfakcji seksualnej).*
5. Im wyższe wskaźniki ryzyka depresji okołoporodowej osiągały badane, tym był niższy ich poziom funkcjonowania seksualnego.

PIŚMIENNICTWO

1. WHO. Sexual health. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1 (data dostępu 17.07.2022).
2. Gutzeit O., Levy G., Loweinstein L.: Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. Sexual Medicine 2020; 8(1): 8-13.
3. Liu HL., Hsu P., Chen KH.: Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. Sexual Medicine 2013; 1(2): 54-61.
4. Kulhawik R., Zborowska K., Grabarek BO. et al.: Changes in the Sexual Behavior of Partners in Each Trimester of Pregnancy in Otwock in Polish Couples. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19(5): 2921.
5. Golec M., Rajewska-Rager A., Latos K. i wsp.: Ocena zaburzeń nastroju u pacjentek po porodzie oraz czynników predysponujących do występowania tych zaburzeń. Psychiatria 2016; 13(1): 1-7.

6. Cox JL., Holden JM., Sagovsky R.: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry 1987; 150: 782-786.
7. Janus M., Szulc A.: Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. Seksuologia Polska 2015; 13(11): 31-35.
8. Ilska M., Przybyła-Basista H., Ilski A. i wsp.: Aktywność i satysfakcja seksualna kobiet w ciąży prawidłowej oraz wysokiego ryzyka. Gynecology and Obstetrics Medical Project 2018; 2(48): 34-41.
9. Wiellwiener S., Müller M., Doster A. et al.: Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. Archives of Gynecology and Obstetrics 2017; 295: 873-883.
10. Eryilmaz G., Ege E., Zincir H.: Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecologic and Obstetric Investigation 2004; 57(2): 103-108.
11. Jiann BP., Su CC., Yu CC. et al.: Risk Factors for Individual Domains of Female Sexual Function. The Journal of Sexual Medicine 2009; 6(12): 3364-3375.
12. Kremska A., Wróbel R., Kołodziej B. i wsp.: Zachowania seksualne kobiet w ciąży. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2013; 1: 75–85.
13. Zhang O., Shen M., Zheng Y. et al.: Sexual function in Chinese women from pregnancy to postpartum: a multicenter longitudinal prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth 2021; 21(65): 1-8.
14. Pomorski M., Fuchs T., Rosner-Tenerowicz A. i wsp.: Nisza w bliźnie macicy po cięciu cesarskim - etiologia, diagnostyka ultrasonograficzna i następstwa kliniczne niecałkowitego zagojenia się rany macicy po cięciu cesarskim. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2017; 2(3): 93–100.
15. Rathfisch G., Dikencik BK., Beji NK. et al.: Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. Journal of Advanced Nursing 2010; 66(12): 2640–2649.
16. Filipek K., Marcyniak M., Kuran-Ohde J.: Jakość współżycia płciowego kobiet 6 miesięcy po porodach siłami natury a samoocena stanu sromu i krocza. Seksuologia Polska 2014; 12(2): 59-63.
17. Filipek K., Marcyniak M., Kuran-Ohde J.: Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym połogu. Seksuologia Polska 2014; 12(1): 8-14.

18. Kaźmierczak M., Gierszewska M., Gebuza G. i wsp.: Analiza wybranych zmiennych determinujących występowanie zaburzeń nastroju po porodzie. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(4): 309-295.
19. Nicolini H.: Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. Laboratorio de Enfermedades Psiquiátricas, Neurodegenerativas y Adicciones, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México, México. 2020; 88(5): 542-547.
20. Gebuza G., Kaźmierczak M., Mieczkowska E. i wsp.: Wsparcie społeczne jako determinant zadowolenia z życia u kobiet w okresie ciąży i po cięciu cesarskim. Psychiatria Polska 2018; 52(3): 585–598.

CIELESNE ZABURZENIE DYSMORFICZNE – CHOROBA CIAŁA I DUCHA

Anna Grajewska, Karolina Wanda Borkowska, Edyta Rysiak

Zakład Chemii Leków, Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Cielesne zaburzenie dysmorficzne - dysmorfofobia, jest schorzeniem charakteryzującym się zaburzonym obrazem własnego ciała. To zaburzenie psychiczne, w którym chory doświadcza lęku przed brzydotą oraz obawy, że jego wygląd jest nieestetyczny. Samo pojęcie dysmorfofobia wywodzi się z języka grackiego i oznacza brzydotę. Przez wiele lat w literaturze funkcjonowało wiele różnych nazw w odniesieniu do tego zespołu objawów takich jak paranoja hipochondryczna, beauty hipochondria. Osoby, których dotyczy dysmorfofobia mają skłonności do wyolbrzymiania obiektywnie mało znaczących zmian, szczególnie dotyczących obrębu skóry, twarzy, włosów, wagi, ale tez ogólnego wyglądu ciała. Do tej pory etiologia tego zaburzenia nie została do końca poznana, jednak wiadomo, iż schorzenie to stanowi jeden z coraz częściej pojawiających się problemów zdrowotnych współczesnego świata.

ROZWINIĘCIE

Według definicji obraz ciała to „umysłowa reprezentacja siebie, zawierająca w sobie postrzeganie wyglądu, uczucia, myśli związane z ciałem, funkcje i możliwości ciała, a także to jak osoba czuje się w swoim ciele. Ocena obrazu ciała może obejmować różne postawy, łącznie z zadowoleniem lub brakiem zadowolenia z obrazu ciała oraz zniekształceniami jego wizerunku (dysmorfofobia). Wizerunek ciała nie jest niezmienny, może ulegać zmianom pod wpływem oddziaływania otoczenia, uwag od innych czy nastroju. Nowe informacje są włączane w wizerunek ciała, jeśli zostaną przetworzone to obraz ciała może ulec przekształceniom” [1]. Obraz ciała kształtuje się przez lata i na różnych etapach życia. Wyróżnić należy trzy istotne dla procesu tworzenia obrazu własnego ciała: koło drugiego roku życia, między czwartym a piątym rokiem życia, koło 9-go roku życia. Etapy te stanowią o nabyciu umiejętności odróżniania siebie od innych, o zdobywaniu informacji na temat elementów ciała oraz zdolności rysowania wizerunku człowieka oraz zdolności oceny

wymiarów ciała [2, 3]. Co istotne, zainteresowanie wyglądem, funkcjonowaniem i postrzeganiem ciała nasila się w okresie dojrzewania, kiedy to właśnie modeluje się emocjonalny stosunek do własnego ciała [1, 4]. Szacuje się, że zadowolenie z obrazu własnego ciała jest najwyższe w młodych latach, a spada wraz z wiekiem. Satysfakcja z własnego wyglądu nie wiąże się jednak jedynie z tym, w jakim wieku jest jednostka. Wzorce kulturowe, czy obowiązujące trendy w modzie wpływają na postrzeganie ludzi pod względem wizualnym i samoocenę. Cytując za Linek [2]: „Biorąc pod uwagę, że w ocenie własnej atrakcyjności kluczową rolę odgrywa samoocena, a dokładnie wizerunek własnego ciała, który może być daleki od obiektywnych faktów, trzeba wskazać na niezwykle istotny obecnie problem. Otóż znakomita liczba badań dowodzi, że rośnie niezadowolenie z własnego wyglądu, i to zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. Mówi się wręcz, że to lawinowy wzrost niezadowolenia, który jest zauważalny już u dzieci w wieku 8–12 lat. Wzrasta też liczba osób cierpiących na zaburzenia odżywiania oraz popularność operacji plastycznych” [2].

Wyodrębnia się cztery zasadnicze komponenty wizerunku ciała: poznawczy, behawioralny, emocjonalny i percepcyjny. Nitsch i wsp. podają powołując się na Ruckera i Casha, że wymienione składowe tworzą dwie grupy: percepcyjną – ang. *perceptual body image* i emocjonalną – ang. *attitudinal body image*. Należy podkreślić, że wymienione komponenty kierują na różne obszary w odniesieniu do wizerunku ciała. Komponenta behawioralna obejmuje postawy i zachowania wobec ciała, które są ukierunkowane na jego zmiany, w tym zabiegi, diety, ćwiczenia; komponenta poznawcza koncentruje się na myśleniu o ciele, a zaburzenia wskazują na zniekształcenie myślenia, wybiórczą pamięć, tendencyjna selekcję informacji; komponenta percepcyjna z kolei wskazuje na subiektywne postrzeganie kształtów i rozmiarów ciała, natomiast emocjonalna opisuje to, z jakimi uczuciami wiąże się postrzeganie ciała, w tym zadowolenie lub nie, lęki przed tyciem. Podstawą zaburzeń klinicznych takich jak bulimia, anoreksja, czy dysmorfofobia są zaburzenia obrazu ciała w przedstawionych płaszczyznach [4, 5]. Dysmorfofobia W ICD należy do kategorii zaburzeń hipochondrycznych, natomiast w DSM-IV klasyfikuje się jako zaburzenia somatopodobne. Nie wiadomo dokładnie, co powoduje cielesne zaburzenie dysmorficzne, ale etiologia wiązana jest z genetyką - pacjent może być bardziej narażony na rozwój choroby, jeśli w rodzinie były przypadki zachorowań, zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym lub depresją, brakiem równowagi chemicznej mózgu oraz dysfunkcjami w obwodzie podkorowym czołowym i obszarach korowych prawego płata skroniowego, płatów ciemieniowych i struktur limbicznych, traumatycznymi przeżyciami w przeszłości - prawdopodobieństwo wystąpienia dysmorfofobii może być większe, jeśli w dzieciństwie zdarzały przypadki znęcania, dokuczania

wykorzystywania. Niektóre osoby z cielesnym zaburzeniem dysmorficznym mają również inne zaburzenia psychiczne, takie jak zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia lękowe uogólnione lub zaburzenia odżywiania. Dysmorficzne zaburzenie ciała obejmuje nasilone zainteresowanie defektem ciała, często wyimaginowanym lub wyolbrzymionym. Taka sytuacja stanowi o licznych problemach chorego – wycofuje się on z życia społecznego, zamyka w sobie, skupia całkowicie jedynie na nurtującym go aspekcie swojego wyglądu, co istotnie i negatywnie wpływa na jego codzienne funkcjonowanie. Osoby dotknięte dysmorfofobią kumulują swoją uwagę najczęściej na twarzy, skórze, włosach, nosie, uszach, wadze swego ciała, brzuchu i poświęcają wiele czasu na to, by dany mankament ukryć lub zniwelować. Jak podaje Nitsch i wsp. [6]: „Charakterystyczne dla obrazu klinicznego są wyimaginowana choroba somatyczna, interpretacja naturalnych sygnałów czynnościowych ciała jako niepokojących i nieprzyjemnych, fiksacja na wybranych narządach albo częściach ciała, depresja.”. Szacuje się, że nawet u 50% osób z dysmorfofobią występują tendencje samobójcze. Wśród częstych objawów wyróżnić należy myśli o charakterze urojeniowym i przekonania dotyczące wyglądu, objawy depresji, napady lęku, przewlekle zaniżoną samoocenę, poczucie wstydu. Chorzy wskazują na przekonanie, że inni zauważają u nich defekty i wyśmiewają je, dlatego osoby dotknięte dysmorfofobią unikają sytuacji społecznych, relacji rodzinnych, mają trudności z nawiązywaniem nowych relacji, w tym partnerskich i intymnych, i utrzymywaniem dotychczasowych, co prowadzi do narzuconej przez siebie izolacji. Nadmierne skoncentrowanie się na samym sobie skutkuje utrudnieniami nie tylko w życiu społecznym, ale również zawodowym, niezdolnością do pracy, problemami z uczeniem się. Nierzadko chorym towarzyszą próby samookaleczania, skłonność do nadużywanie alkoholu i narkotyków [6, 7, 8]. Ponadto osobom z tym zespołem chorobowym towarzyszą zachowania kompulsyjne. Ross i Gowers [3] wskazują przede wszystkim na: „[…]

- Sprawdzanie swojego wyglądu w lustrach, przeglądanie się w szklanych drzwiach, oknach i innych odbijających powierzchniach
- Unikanie własnego odbicia lub zdjęć; często usuwanie luster z domu
- Próba zamaskowania wyobrażonego defektu (np. za pomocą używania maskujących kosmetyków, noszenia workowatych ubrań, przyjmowania szczególnej pozycji ciała, noszenie kapelusza)
- Przesadne zachowania związane z dbaniem o siebie (np. drapanie skóry, czesanie włosów, wyrywanie brwi, golenie się)

- Kompulsyjne dotykanie skóry, szczególnie w celu oceny lub poczucia rzekomego defektu
- Wrogi stosunek do innych z nieznanego powodu, szczególnie osób przeciwnej płci
- Szukanie uspokojenia u bliskich
- Zbyt intensywne stosowanie diet i ćwiczeń fizycznych
- Porównywanie wyglądu/części ciała między sobą a innymi osobami, obsesyjne traktowanie idoli lub modeli jako wzoru dla siebie
- Stosowanie technik rozpraszania: próba odwrócenia uwagi od rzekomego defektu (np. noszenie ekstrawaganckich ubrań czy zbyt wyrazistej biżuterii)
- Kompulsyjne poszukiwanie informacji: czytanie książek, artykułów w gazetach i na stronach internetowych o treści związanej z rzekomym defektem (np. dotyczące wypadania włosów lub diet i ćwiczeń)
- Nadmierne zainteresowanie chirurgią plastyczną lub zabiegami dermatologicznymi
- Dążenie do operacji plastycznej, włącznie z zabiegami odsysania tłuszczu, czy usuwaniem niechcianych „skaz”
- Zachowania unikające: unikanie wychodzenia z domu lub wychodzenie z domu tylko o określonych porach, np. w nocy” [3].

Chorzy na dysmorfofobię często zgłaszają się do gabinetów kosmetycznych i kosmetologicznych, odwiedzają kliniki dermatologiczne i gabinety chirurgii plastycznej. Podejmowane działania mają na celu zlikwidowanie lub zakamuflowanie istniejących w ich odczuciu defektów ciała, wprowadzenie poprawek w wyglądzie twarzy. Jednak zabiegi kosmetologiczne czy radykalne, silnie ingerujące w wizerunek zabiegi medycyny estetycznej nie są w perspektywie skuteczne. Nierzadko zdarza się, że po dokonanych „poprawkach” i kolejnym chirurgicznym usunięciu mankamentu, pojawia się kolejny. Zaburzenia te mają charakter długoletni, chroniczny, z wyraźną tendencją do nasilania się w czasie. Niestety, pacjenci z cielesnym zanurzeniem dysmorficznym nieczęsto zgłaszają się z prośbą o pomoc do psychologa czy psychiatry. Najczęściej rezygnują z jakiejkolwiek pomocy ze względu na towarzyszący im wstyd [8, 9]. W każdym przypadku podejrzenia dysmorfofobii konieczna jest konsultacja psychiatryczna. Wysoką efektywność i pozytywne skutki dla chorego przynosi terapia oparta o podejście interdyscyplinarne i holistyczne, czyli tak zwane leczenie kompleksowe obejmujące farmakoterapię oraz psychoterapię. Wśród technik psychoterapeutycznych większą skuteczność wykazuje terapia poznawczo-behawioralna,

niekiedy zalecana jest psychoanaliza lub terapia psychodynamiczna. Należy jednak pamiętać o tym, że osoby z dysmorfofobią boją się mówić o swoich problemach, wstydzą się innych ludzi, a trudności związane z zaburzeniem utrudniają im życie codzienne. Dlatego należy otoczyć je szczególną opieką, okazać wsparcie i akceptację, pokazać rozwiązania w zakresie terapii i pomóc rozpocząć drogę w zwalczaniu choroby [9, 10].

PODSUMOWANIE

Rozpoznanie i odpowiednie leczenie cielesnego zaburzenia dysmorficznego jest ważne, ponieważ zaburzenie to wiąże się ze znacznym upośledzeniem funkcjonowania psychospołecznego, szczególnie niską jakością życia i wyraźnie wysokim wskaźnikiem samobójstw. Nie ma nadal jednoznacznych informacji na temat rozpowszechnienia dysmorfofobii w populacji ogólnej, jednak szacuje się, że zjawisko tego zaburzenia jest dosyć powszechne i coraz liczniejsze, szczególnie w grupach osób młodych. Dysmorfofobia jest niezwykle trudnym zaburzeniem psychicznym z grupy hipochondrii, a osoby zmagające się z nią wymagają specjalistycznego leczenia. Ważnym krokiem jest podjęcie działań w kierunku podjęcia i wdrożenia skutecznej, holistycznej terapii, począwszy od wizyty u psychologa, psychoterapeuty, psychiatry. Chorzy zmagający się z cielesnym zaburzeniem dysmorficznym wymagają również wsparcia ze strony najbliższego otoczenia i poczucia akceptacji, która jest niezwykle ważna w przypadku tej jednostki chorobowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Obraz ciała, https://pl.wikipedia.org/wiki/Obraz_cia%C5%82a(data pobrania: 04.08.2022).
2. Linek A.: Atrakcyjność fizyczna i seksualna w małżeństwie. Społeczne konteksty współbycia i intymności. Szkice z socjologii emocji. Tom 1. Red. Maria Sroczyńska, Anna Linek. Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2020.
3. Ross J., Gowers S.: Zaburzenie obrazu ciała. Advances in Psychiatric Treatment 2011; 17: 142-149.
4. Kropiwnicki P., Rabe-Jabłońska J.: Dysmorfia mięśniowa–wariant dysmorfofobii? Badania nad zaburzeniami obrazu ciała u mężczyzn. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2005; 5(1): 44-51.
5. Body dysmorfofobia, https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/body-dysmorphia/ (data pobrania: 04.08.2022).

6. Nitsch K., Prajs E., Kurpisz J. i wsp.: Obraz ciała i jego zaburzenia. Aspekty teoretyczne w kontekście wybranych jednostek psychopatologicznych. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2012; 3(12): 176-182.
7. Bogaczewicz A., Sobów T., Bogaczewicz J. i wsp.: Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w praktyce dermatologicznej. Clinical Dermatology/Dermatologia Kliniczna 2012; 14(2): 83-88.
8. Dębska-Ratuszniak O., Kamińska-Winciorek G., Radosław Śpiewak R.: Dysmorfofobia w oczach studenta kosmetologii. Dermatologia Kliniczna 2012; 14(4): 171-174.
9. Korabel H., Dudek D., Jaworek A. i wsp.: Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. Przegląd Lekarski 2008; 65(5): 244-248.
10. Bjornsson A., Didie S., Phillips K. A.: Body dysmorphic disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience 2010; 12(2): 221-232.

WPŁYW SZKOŁY RODZENIA NA AKTYWNY PORÓD DROGAMI NATURY

Małgorzata Gierszewska[1], Katarzyna Politowska[2]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Absolwentka Studiów II Stopnia Kierunku Położnictwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WSTĘP

Edukacja przedporodowa prowadzona przez szkoły rodzenia cieszy się w obecnych czasach coraz większym zainteresowaniem. Zasadniczym jej celem jest przygotowanie rodziców do świadomego przeżycia okresu ciąży, porodu oraz macierzyństwa. Poród jest czysto fizjologiczną funkcją organizmu, występującą samoistnie jako zakończenie ciąży. Jest częścią ciągu ewolucyjnego, który rozpoczyna się miłością i poczęciem dziecka. Ciąża, poród i macierzyństwo są integralną częścią procesów fizjologicznych oraz życia seksualnego i duchowego kobiety. Przyszła matka odpowiednio przygotowana potrafi odnaleźć w sobie zaufanie oraz przekonanie, że jest w stanie urodzić swoje dziecko. Odzyskuje swój potencjał do bycia rodzącą, matką i kobietą [1].

Aktywne rodzenie to podejście do porodu, wynikające z naturalnych instynktownych zachowań kobiety, która rozumie swoje ciało, panuje nad nim, a nie jest tylko biernym odbiorcą procedur położniczych. Taka kobieta rodzi szybciej, odczuwa skurcze porodowe jako mniej bolesne oraz rzadziej dochodzi do powikłań porodu [1].

Nieodzowna jest w tym jedynym i niepowtarzalnym momencie życia kobiety humanizacja porodu ze strony personelu medycznego. Ma ona na celu zrozumienie kobiety rodzącej jako istoty ludzkiej, która znajduje się w centrum wydarzenia jakim jest poród, może kontrolować i decydować o przebiegu narodzin swojego dziecka [1, 2].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu zajęć w szkole rodzenia na przeżycie porodu w sposób naturalny i aktywny.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz zamieszczono na stronie internetowej, niewymagającej logowania oraz podawania danych osobowych. Grupę badaną stanowiło 108 kobiet, które uczestniczyły w zajęciach w szkole rodzenia.

WYNIKI

W badanej grupie było 79,6% kobiet rodzących po raz pierwszy i 20,4% wieloródek. Drogami natury rodziło 75,9% badanych kobiet, a następnie 16,7% rodziło przez cesarskie cięcie zaś 7,4% miało poród zabiegowy. Powodem uczestnictwa w zajęciach w szkole rodzenia była zazwyczaj chęć poszerzenia wiedzy oraz przygotowanie do porodu (75,9%), a następnie brak wiadomości na temat porodu (32,4%). Ponad połowa badanych kobiet (53,7%) przyznała, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu, a że częściowo się przydały 29,6% kobiet. Zdania, że szkoła rodzenia miała wpływ na wzmocnienie wiary we własne siły i możliwości urodzenia drogą siłami natury było 81,5% badanych kobiet. Również większość kobiet (84,3%) była zdania, że pojawiły się u nich zdolności i chęci by podejmować decyzje i wziąć odpowiedzialność za podejście do przebiegu porodu. Poród w sposób aktywny postanowiło przeżyć 88,9% badanych kobiet. Po odbyciu zajęć w szkole rodzenia stres zmniejszył się u 37% kobiet a częściowo zmniejszył się u 50,9% kobiet. Zdaniem 48,1% badanych kobiet szkoła rodzenia miała wpływ na akceptację i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu, a 35,2% przyznało, że miała ona częściowy wpływ.

Niemal wszystkie badane (89,8%) przyznały, że obecność osoby towarzyszącej przy porodzie była pomocna, dla 6,5% była bez znaczenia, a dla 3,7% była denerwująca.

Świadome oddychanie podczas porodu w celu łagodzenia bólu porodowego i relaksacji wykonywało 83,3% badanych kobiet.

Większość badanych kobiet przyznała, że nie korzystała z masażu wykonywanego przez osobę towarzyszącą podczas porodu (71,3%) oraz że nie korzystała z imersji wodnej podczas porodu (74,1%). Potrzebę wydawania dźwięków podczas porodu odczuwało 65,7% badanych kobiet. Z farmakologicznych metod łagodzenia bólu korzystało 46,3% kobiet, 39,8% kobiet masowało krocze podczas ciąży, a trening mięśni dna miednicy podczas ciąży wykonywało 59,3% badanych osób. Badane kobiety w 70,4% przyznały, że dzięki szkole rodzenia uzyskało umiejętności oraz poczucie satysfakcji i dawania sobie rady podczas porodu.

Badane kobiety w 45,4% przyznały, że poród był ciężkim przeżyciem, ale nagrodzonym urodzeniem zdrowego dziecka, a następnie 35,2% przyznało, że poród był spokojny, a u 13% zgodny z oczekiwaniami. Bardzo ciężko poród przeżyło 6,5% badanych kobiet.

Dokonano analizy czy poziom wykształcenia kobiet uczestniczących w zajęciach w szkole rodzenia miał wpływ na wzmocnienie wiary w siły i możliwości, aby poród odbył się drogami natury. W tym celu wykonana została analiza testem χ^2 Pearsona a wynik okazał się nieistotny statystycznie $\chi^2(1) = 0,48$; $p = 0,487$. Zdania, że zajęcia w szkole rodzenia wzmocniły wiarę we własne siły i możliwości by urodzić drogami natury było 76,2% kobiet z wykształceniem podstawowym/ zawodowym/ średnim i 82,8% osób z wykształceniem wyższym (Tabela 1).

Tabela 1. Związek wykształcenia ze wzmocnieniem wiary w siły i możliwości, aby poród odbył się drogami natury

		Wykształcenie	
		Podstawowe/ Zawodowe/ Średnie	**Wyższe**
Czy zajęcia w szkole rodzenia/ edukacji przedporodowej wzmocniły w Pani wiarę we własne siły i możliwości by urodzić drogami natury?	Nie	23,8%	17,2%
	Tak	76,2%	82,8%

Następnie sprawdzono zdolność i chęć podejmowania decyzji i odpowiedzialności za podejście do porodu była zależna od wieku respondentek. Analiza testem χ^2 Pearsona dała wynik nieistotny statystycznie $\chi^2(1) = 2,84$; $p = 0,417$. Zdolność i chęć by podejmować decyzje i wziąć odpowiedzialność za podejście do przebiegu porodu czuło 76,9% kobiet w wieku 20-25 lat, 81% kobiet w wieku 26-30 lat, 92,1% kobiet w wieku 31-35 lat i 80% kobiet w wieku powyżej 35 lat (Tabela 2).

Tabela 2. Związek wieku ze zdolnością i chęcią podejmowania decyzji i odpowiedzialności za podejście do porodu

		Wiek			
		20-25 lat	**26-30 lat**	**31-35 lat**	**Powyżej 35 lat**
Czy pojawiła się w Pani zdolność i chęć by podejmować decyzje i wziąć odpowiedzialność za podejście do przebiegu porodu?	Nie	23,1%	19,0%	7,9%	20,0%
	Tak	76,9%	81,0%	92,1%	80,0%

Analogicznie sprawdzono czy uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia i nabyta tam wiedza wpłynęły na przebieg porodu w zależności od wykształcenia respondentek. Wynik testuχ^2 Pearsona okazał się nieistotny statystycznie $\chi^2(2) = 2{,}20$; $p = 0{,}333$. Zdania, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu było 42,9% kobiet z wykształceniem podstawowym/ zawodowym/ średnim i 56,3% kobiet z wykształceniem wyższym (Tabela 3).

Tabela 3. Związek wykształcenia z wpływem zajęć w szkole rodzenia na przebieg porodu

		Wykształcenie	
		Podstawowe/ Zawodowe/ Średnie	**Wyższe**
Czy wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu?	Nie	14,2%	17,3%
	Tylko częściowo się przydały	42,9%	26,4%
	Tak	42,9%	56,3%

Za pomocą analizy testem χ^2 Pearsona sprawdzono też czy wiek respondentek miał wpływ na akceptację oraz sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu po odbyciu zajęć w szkole rodzenia. Wynik analizy okazał się nieistotny statystycznie $\chi^2(6) = 2{,}64$; $p = 0{,}853$. Zdania, że zajęcia w szkole rodzenia miały wpływ na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu było 53,8% kobiet w wieku 20-25 lat, 47,6% kobiet w wieku 26-30 lat, 47,4% kobiet w wieku 31-35 lat i 46,7% kobiet w wieku powyżej 35 lat (Tabela 4).

Tabela 4. Związek wieku z oceną akceptacji oraz sposobem radzenia sobie ze stresem podczas porodu po odbyciu zajęć w szkole rodzenia

		Wiek			
		20-25 lat	**26-30 lat**	**31-35 lat**	**Powyżej 35 lat**
Czy według Pani udział w zajęciach szkoły rodzenia / edukacji przedporodowej miał wpływ na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu?	Nie	23,1%	19,1%	10,5%	20,0%
	Tak, ale tylko częściowo	23,1%	33,3%	42,1%	33,3%
	Tak	53,8%	47,6%	47,4%	46,7%

Sprawdzono też czy uzyskane umiejętności w szkole rodzenia oraz poczucie satysfakcji i dawania sobie rady podczas porodu były zależne od stanu cywilnego kobiet. Wynik testu χ^2 Pearsona okazał się nieistotny statystycznie $\chi^2(1) = 0,49$; $p = 0,482$. Zdania, że dzięki szkole rodzenia zyskały umiejętności oraz poczucie satysfakcji i dawania sobie rady podczas porodu odczuwało 68,7% kobiet zamężnych i 76% kobiet niezamężnych (Tabela 5).

Dodatkowo sprawdzono czy kobiety rodzące naturalnie różniły się pod względem oceny zajęć w szkole rodzenia od kobiet rodzących przez cesarskie cięcie/ poród zabiegowy. W tym celu wykonana została seria analiz testami χ^2 Pearsona. Na podstawie wyników tych analiz można stwierdzić, że występował istotny statystycznie związek zakończenia porodu z oceną, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu $p<0,05$, z oceną stresu podczas porodu $p= 0,065$ (wynik na granicy tendencji statystycznej) oraz z akceptację sposobu rodzenia $p< 0,05$. Kobiety, które rodziły drogami natury częściej uważały, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu, zmniejszenie stresu przy porodzie oraz na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu (Tabela 6).

Tabela 5. Związek stanu cywilnego z przebiegiem porodu

		Stan cywilny		p
		Zamężna	Związek partnerski / wolny	
Czy podczas porodu myślała Pani o swoim rodzącym się dziecku?	Nie	9,6%	16,0%	0,375
	Tak	90,4%	84,0%	
Czy stosowała Pani świadome oddychanie w czasie porodu, by łagodzić ból porodowy i relaksować się pomiędzy skurczami?	Nie	15,7%	20,0%	0,610
	Tak	84,3%	80,0%	
Czy korzystała Pani z masażu wykonywanego przez osobę towarzyszącą podczas porodu?	Nie	72,3%	68,0%	0,678
	Tak	27,7%	32,0%	
Czy korzystała Pani z imersji wodnej podczas porodu?	Nie	75,9%	68,0%	0,429
	Tak	24,1%	32,0%	
Czy odczuwała Pani potrzebę wydawania dźwięków podczas porodu?	Nie	36,1%	28,0%	0,452
	Tak	63,9%	72,0%	
Czy korzystała Pani z farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego?	Nie	51,8%	60,0%	0,471
	Tak	48,2%	40,0%	
Czy masowała Pani krocze podczas ciąży, aby zminimalizować pęknięcie krocza lub uniknąć nacięcia krocza?	Nie	55,4%	76,0%	0,065
	Tak	44,6%	24,0%	
Czy wykorzystywała Pani trening mięśni dna miednicy podczas ciąży?	Nie	38,6%	48,0%	0,399
	Tak	61,4%	52,0%	
Jak odbył się poród według Pani oceny po ukończeniu kursu w szkole rodzenia?	Był spokojny, w praktyczny sposób uczestniczyłam w każdym okresie porodu	33,7%	40,0%	0,494
	Zgodny z oczekiwaniem	13,3%	12,0%	
	Było to ciężkie przeżycie	44,6%	48,0%	
	Ciężki, nie mogłam skupić się oraz współpracować	8,4%	0,0%	

Tabela 6. Związek przebiegu porodu z oceną zajęć w szkole rodzenia

		Jak zakończył się ten poród?		p
		Cięcie cesarskie/ poród zabiegowy	Drogami natury	
Czy szkoła rodzenia zmieniła Pani wyobrażenie na temat porodu?	Nie	30,8%	22,0%	0,359
	Tak	69,2%	78,0%	
Czy wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu?	Nie	34,6%	11,0%	0,017
	Tylko częściowo się przydały	26,9%	30,5%	
	Tak	38,5%	58,5%	
Czy zajęcia w szkole rodzenia/ edukacji przedporodowej wzmocniły w Pani wiarę we własne siły i możliwości by urodzić drogami natury?	Nie	26,9%	15,9%	0,205
	Tak	73,1%	84,1%	
Czy pojawiła się w Pani zdolność i chęć by podejmować decyzje i wziąć odpowiedzialność za podejście do przebiegu porodu?	Nie	26,9%	12,2%	0,072
	Tak	73,1%	87,8%	
Czy postanowiła Pani przeżyć swój poród w sposób aktywny?	Nie	15,4%	9,8%	0,426
	Tak	84,6%	90,2%	
Czy poziom stresu związany z porodem zmniejszył się po odbyciu zajęć w szkole rodzenia?	Nie, czułam jeszcze większe zdenerwowania	23,1%	8,5%	0,064
	Częściowo	34,6%	56,1%	
	Tak	42,3%	35,4%	
Czy według Pani udział w zajęciach szkoły rodzenia / edukacji przedporodowej miał wpływ na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu?	Nie	30,8%	12,2%	0,017
	Tak, ale tylko częściowo	15,4%	41,5%	
	Tak	53,8%	46,3%	

DYSKUSJA

Większość kobiet i mężczyzn za nadrzędny cel swojego życia stawia posiadanie potomstwa. Przyjmują oni wówczas na siebie nowe role społeczne – matki i ojca. Okres oczekiwania na dziecko staje się czasem wyjątkowej motywacji do poszerzania wiedzy na temat opieki i zdrowia nie tylko mającego się urodzić dziecka, ale i samej ciąży, porodu oraz połogu. Jedną z inicjatyw, którą podejmują przyszli rodzice jest udział w zajęciach szkoły rodzenia, która cieszy się stale rosnącą popularnością, co podkreślają badacze z różnych ośrodków na terenie kraju oraz za granicą. Wprowadzone Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące standardu opieki okołoporodowej ma zapobiegać medykalizacji porodu fizjologicznego oraz wspierać poród naturalny.

W badanej grupie większość kobiet rodziła po raz pierwszy (79,6%). Niektórzy autorzy [3, 4] byli zdania, iż wieloródki znacznie rzadziej biorą udział w zajęciach szkoły rodzenia. Może wynikać to z faktu, że poprzedni poród stanowi pewne doświadczenie i przygotowanie do kolejnej ciąży.

Zdecydowana większość kobiet po zajęciach w szkole rodzenia urodziła drogami natury (75,9%). Podobne wyniki uzyskali Kwiatek i wsp. [5] osiągając w grupie badanej 66,7% kobiet, co może świadczyć o tym, że uczestnictwo w zajęciach nie zwiększa szans zakończenia porodu drogą pochwową. Natomiast Kowalska i wsp. [6] uzyskali w badaniach wyniki, świadczące o większej ilości porodów zakończonych cięciem cesarskim niż drogami natury. Wspomnieli oni również, iż udział w zajęciach w szkole rodzenia nie miał żadnego wpływu na sposób zakończenia ciąży.

Najczęstszym powodem uczestnictwa w zajęciach w szkole rodzenia była chęć poszerzenia wiedzy oraz przygotowanie do porodu (75,9). Większość kobiet przyznała, że szkoła rodzenia miała wpływ na zmianę ich wyobrażenia na temat porodu (75,9%). Ponad połowa badanych kobiet (53,7%) przyznała, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na jego przebieg. Podobnie wykazały badania Kowalskiej oraz współautorów [6]. Dowiodły one, że zdecydowana większość kobiet uczestniczących w zajęciach w szkole rodzenia była zdania, że zajęcia te przygotowały je do porodu (82%). Według Puszczałowskiej-Lizis i wsp. [7] również zdecydowana większość badanych kobiet (87% grupy) uczęszczających w zajęciach w szkole rodzenia za szczególnie przydatną uznało wiedzę z zakresu umiejętności łagodzenia niedogodności i dolegliwości bólowych podczas porodu.

Na podstawie własnych badań zdecydowana większość kobiet była zdania, że szkoła rodzenia miała wpływ na wzmocnienie wiary we własne siły i możliwości urodzenia drogami i siłami natury (81,5%). Piziak [8] wykazała w swoich badaniach, że kobiety, które uczestniczyły w zajęciach szkoły rodzenia miały większą wiedzę na temat ciąży i były lepiej przygotowane do porodu. Łagodniej znosiły ból towarzyszący dolegliwościom ciążowym, porodowym i poporodowym, co wpłynęło pozytywnie na samopoczucie i ich wiarę we własne siły (83,3%).

Na podstawie własnych badań zdecydowana większość badanych kobiet postanowiła przeżyć poród w sposób aktywny (88,9%). Mniejsza ilość kobiet przyznała, że poziom stresu związany z porodem zmniejszył się po udziale w szkole rodzenia (37%). W przeciwieństwie do Szymańskiego i wsp. [9], którzy wykazali, iż kobiety, które odczuwały lęk przed porodem, po zajęciach w szkole rodzenia i po przyswojeniu przekazywanych tam informacji stwierdziły, że ów lęk się zmniejszył. Prawie połowa badanych kobiet (48,1%) była zdania, że szkoła rodzenia miała wpływ na akceptację i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu. Również badania Bączyka i wsp. [10] wykazały, iż wskutek podniesienia stanu wiedzy zdecydowanej większości ankietowanych poprawił się stan samopoczucia. Kobiety stwierdziły zmniejszenie się poziomu lęku przed porodem w 78,57%, a w 89,29% uważały, że wiedza zdobywana na zajęciach w szkole rodzenia ma wpływ na przebieg ciąży i na przygotowanie psychofizyczne do porodu.

Większość kobiet stosowało pozycje wertykalne podczas pierwszego okresu porodu. Najczęściej wykorzystywaną pozycją było chodzenie i stanie (73,1%), połowa z badanych kobiet wykorzystała pozycję siedzącą na piłce/krześle (51,9%) i kręcenie biodrami (48,1%). Natomiast w drugim okresie porodu ponad połowa kobiet stosowała leżenie na boku (54,6%), mniejsza ilość pozycję siedzącą na łóżku (39,8%), a zdecydowana mniejszość pozycję stojącą (21,3%) i kucanie (20,4%), pozycję kolankowo-łokciową (14,8%), półprzysiad (12%) i klęczenie (7,4%). Badanie przeprowadzone przez Siomę-Markowską i wsp. [11] wykazało zdecydowanie mniejszy odsetek kobiet wykazujących się aktywnością podczas porodu. Jedynie 15,2% badanych kobiet wykorzystało pozycję kolankowo-łokciową, a 8,8% siedząca lub kuczna.

W większości kobiety przyznały, że dzięki szkole rodzenia uzyskało umiejętności oraz poczucie satysfakcji i dawania sobie rady podczas porodu (70,4%). Według Puszczałowskiej-Lizis i wsp. [7] niemal wszystkie badane uczęszczające na zajęcia szkoły rodzenia, polecały tę formę przygotowania do porodu i połogu innym ciężarnym.

Jednym z celów pracy była ocena czy zdolność i chęć podejmowania decyzji oraz odpowiedzialność za podejście do porodu była zależna od wieku respondentek. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między tymi zależnymi. Jednakże badanie Sioma-Markowskiej i wsp. [11] wykazało, że wraz ze wzrostem wieku rodzącej decyzję o wyborze pozycji do porodu istotnie częściej proponowała położna ($p<0,001$), natomiast samodzielność w wyborze pozycji porodowej najczęściej wykazywały kobiety młode z grupy wiekowej 15-22 lata (50%).

W badaniach własnych nie stwierdzono istotnie różnicy, by wiek miał wpływ na akceptację i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu po odbyciu zajęć w szkole rodzenia. Takie same wyniki otrzymali Kowalski i wsp. [6] nie wykazując istotnej statystycznie zależności pomiędzy obniżonym nastrojem oraz postrzeganym stresem a wiekiem. Natomiast Piela i wsp. [12] w przeprowadzonych przez siebie badaniach wykazali znacznie podwyższony poziom lęku, zwłaszcza u kobiet w wieku 18–35 lat. Z kolei u Szymańskiego i wsp. [9] lęk przed porodem najczęściej występował w grupie najmłodszych ciężarnych.

Kolejnym celem badań własnych była ocena wpływu stanu cywilnego na przebieg porodu po odbyciu zajęć w szkole rodzenia. W badaniu własnym wykazano, że stan cywilny kobiet nie ma wpływu na przebieg porodu. Natomiast Piziak [8] wspomniała w swojej pracy, że z danych akcji „Rodzić po ludzku" wynika, iż subiektywna ocena przebiegu porodu ściśle zależy od opieki okołoporodowej, którą otaczana jest rodząca.

Prowadzone badanie wykazało, brak wpływu poziomu wykształcenia kobiet. Natomiast Soet i wsp. [13] wykazali w swoim badaniu zależność zastosowania wiedzy teoretycznej w praktyce, która wzmocniła wiarę we własne możliwości w trakcie porodu, skutecznie redukując lęk. Podobne wyniki uzyskali Green i Baston [14], wykazując, iż wiedza teoretyczna i praktyczna zdobyta na kursie pozwala na efektywną współpracę z siłami natury podczas porodu i daje poczucie kontroli nad sytuacją.

Przeprowadzone badania dowiodły, iż uczestnictwo w zajęciach szkoła rodzenia wpływa na podjęcie decyzji przez kobiety rodzące o przeżyciu porodu w sposób naturalny i aktywny bez względu na ich wiek, wykształcenie oraz stan cywilny. Natomiast kobiety, które urodziły drogami natury częściej uważały, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu, zmniejszenie stresu przy porodzie oraz na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu.

WNIOSKI

1. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, aby poziom wykształcenia kobiet uczestniczących w zajęciach w szkole rodzenia wpływał na wzmocnienie wiary w siły i możliwości, aby poród odbył się drogami natury – nie potwierdzono zgodności hipotezy z wnioskiem.
2. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, by zdolność i chęć podejmowania decyzji i odpowiedzialności za podejście do porodu była zależna od wieku respondentek - nie potwierdzono zgodności hipotezy z wnioskiem.
3. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, aby poziom wykształcenia miał wpływ na przebieg porodu po zajęciach w szkole rodzenia oraz nabytą tam wiedzę - nie potwierdzono zgodności hipotezy z wnioskiem.
4. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, by wiek miał wpływ na akceptację i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu po odbyciu zajęć w szkole rodzenia - nie potwierdzono zgodności hipotezy z wnioskiem.
5. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie, aby stan cywilny kobiet rodzących miał wpływ na przebieg porodu - nie potwierdzono zgodności hipotezy z wnioskiem.
6. Kobiety, które rodziły drogami natury częściej uważały, że wiedza i uczestnictwo w zajęciach miały wpływ na przebieg porodu, zmniejszenie stresu przy porodzie oraz na akceptacje i sposób radzenia sobie ze stresem podczas porodu - potwierdzono zgodność hipotezy z wnioskiem.

PIŚMIENNICTWO

1. Balaskas J.: Poród aktywny. Rodzić po Ludzku, Warszawa 1997.
2. Bręborowicz G.: Położnictwo. Podrecznik dla położnych i pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2005.
3. Fabian HM., Radestad IJ., Waldenström U.: Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. Midwifery 2004; 20 (3): 226–235.
4. Spinelli A., Baglio G., Donati S. et al.: Do antenatal classes benefit the mother and her baby? The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine 2003; 13 (2): 94–101.
5. Kwiatek M., Gęca T., Biegaj-Fic J. i wsp.: Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17 (3): 111-115.

6. Kowalska J., Olszowa D., Markowska D. i wsp.: Aktywność fizyczna i szkoła rodzenia w czasie ciąży a poziom postrzeganego stresu i objawów depresyjnych u kobiet po porodzie. Psychiatria Polska 2014; 48 (5): 889–900.
7. Puszczałowska-Lizis E., Mokrzycka K., Jandziś S.: Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2016; 22: 264–269.
8. Piziak W.: Wpływ przygotowania psychofizycznego w szkole rodzenia na przebieg ciąży i porodu. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2009; 7 (3): 282–292.
9. Szymański S., Brączyk W., Konstanty-Kurkiewicz V.: Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego. Pielęgniarstwo Polskie 2017; 2 (64): 232-235.
10. Bączyk G., Cebulska V., Koźlak V. i wsp.: Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży. Problemy Higieny i Epidemiologii 2011; 92: 774–777.
11. Sioma-Markowska U., Kręgiel M., Broers B. i wsp.: Pozycje wertykalne w porodzie naturalnym w świetle standardu opieki okołoporodowej. Ginecology and Obstetrics Medical Project 2020; 1 (55): 35-41.
12. Piela B., Skrzypulec V., Sobik N.: Ocena objawów depresji i lęku u kobiet w ciąży podwyższonego ryzyka. Annales Academiae Medical Silesiensis 2005; 59: 292–297.
13. Soet JE., Brack GA., Dilorio C.: Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth 2003; 30 (1): 36–46.
14. Green JM., Baston HA.: Feeling in control during labor: concepts, correlates, and conseguences. Birth. 2003; 30 (4): 235–247.

OCENA UWARUNKOWAŃ URAZÓW KROCZA PODCZAS PORODÓW DROGAMI NATURY

Grażyna Gebuza[1], Aleksandra Zgrzebniak[2]

1. Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego

WSTĘP

Historia nacięcia krocza jest dość odległa i sięga osiemnastego wieku, pierwszy raz procedurę wykonała szkocka położna w 1740 roku. Jednak największe znaczenie w rozpowszechnienie zabiegu nacięcia krocza na całym świecie miał amerykański położnik DeLee, który stosował procedurę jednocześnie z użyciem kleszczy położniczych w celu wydobycia dziecka [1, 2, 3]. Zabieg nacięcia krocza wykonywano w celu powiększenia, rozszerzenia kanału rodnego, podczas przechodzenia części przodującej w końcowej fazie drugiego okresu porodu. Miał na celu skrócenie porodu i zapobiec obszernym urazom krocza [2]. Nacięcie krocza jest jedną z najczęściej wykonywanych procedur podczas porodu, która w ostatnich latach wzbudza dużo kontrowersji, dlatego często podejmowane są próby wyjaśniania uwarunkowań i analiza różnych czynników [3, 4]. Uważano, że nacięcie krocza zmniejsza ryzyko ciężkich urazów krocza, ale aktualnie w różnych badaniach zaobserwowano, że związane jest to ze zwiększonym bólem krocza, ciężkim urazem, dużą utratą krwi, infekcjami, niskim wynikiem noworodka w skali Apgar, długotrwałą dyspareunią i nietrzymaniem moczu w okresie poporodowym [3, 4, 5].

W wielu miejscach świata obserwuje się różne trendy, niski odsetek nacięć krocza w Szwecji 9,7% i wysoki 100 % w Tajwanie [6]. Duże różnice w częstości nacinania krocza związane są w podejściu polityki dotyczącej stosowania nacięcia krocza. Wskaźniki nacięcia krocza są wysokie w niektórych krajach, takich jak Argentyna i Chiny, i bezpośrednio związane z polityką rutynowego wykonywania nacięcia krocza w przypadku prawie wszystkich pierwszych porodów [7]. W innych krajach, przyjęto politykę „selektywnego" stosowania nacięcia krocza, stosowanie nacięcia krocza jest ograniczone, a nie powszechnie wykonywane – klinicyści wykorzystują swoją ocenę kliniczną do określenia potrzeby nacięcia krocza, gdy korzyści prawdopodobnie przewyższają szkody w sytuacjach takich jak zbliżające się znaczące

pęknięcie krocza, przedłużony drugi okres porodu, dystocja barkowa, poród instrumentalny i zagrożenie życia płodu [8, 9]. Klinicyści, którzy zalecają rutynowe nacinanie krocza, uważają, że u kobiet, które prawdopodobnie nie miały ciężkich pęknięć krocza i które nie przeszły nacięcia krocza w selektywnym protokole, mogą wystąpić pęknięcia krocza, w tym poważne uszkodzenie zwieracza odbytu. Ponieważ nie wszystkie porody drogą pochwową prowadzą do urazu krocza, niektóre kobiety są poddawane niepotrzebnym nacięciom i związanym z nimi powikłaniom i chorobom w wyniku „rutynowej" polityki nacinania krocza. Nawet w nagłych wypadkach położniczych, takich jak dystocja barkowa, oraz w przypadku porodów wspomaganych instrumentalnie, nacięcie krocza może nie zredukować poważnych pęknięć krocza [10]. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, iż uzasadnione jest stosowanie nacięcia krocza w 5 do 20% porodów [11].

CEL PRACY

Celem badania było oszacowanie częstości wykonywania procedury nacięcia krocza i odsetka pęknięć krocza oraz wskazanie uwarunkowań urazów podczas porodów drogami natury.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UMK w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (nr KB 808/2018).

Podczas badania i analizy danych nie wykorzystano żadnych danych osobowych. Do analizy retrospektywnej włączono 2491 porodów siłami natury u kobiet w okresie trzech lat od 2015 do 2017 roku (rok 2015-838 porodów-33,64%; rok 2016-841porodów-33,76%; rok 2017- 812 porodów-32,6%) w szpitalu specjalistycznym. Średni wiek w grupie oszacowano na 29 lat (SD 5,08). Średni wiek w grupie pierworódek oszacowano na 26,3 lat (wiek ≥ 26 lat u pierworódek stwierdzono u 556 kobiet-57,8%). Średni wiek w grupie wieloródek oszacowano na 31,1 lat (wiek ≥ 31 lat w grupie wieloródek stwierdzono u 849 kobiet-55,49%). Średnią masę ciała noworodków oszacowano na 3376 (SD 950,6). Średnią masę ciała noworodków u pierworódek oszacowano na 3270 gram (masę ciała ≥ 3300 gram stwierdzono u 529 noworodków-55,04%). Średnią masę ciała noworodków u wieloródek oszacowano na 3439 gram (masę ciała ≥ 3500 gram stwierdzono u 769 noworodków-50,26%). Badaną grupę analizowano ze względu na rodność, wykazano: pierwszy poród stwierdzono u 961 kobiet (38,58%); drugi poród u 1027 kobiety (41,23%), trzeci poród u 354 kobiet (12,21%),

czwarty poród u 101 kobiet (4,05%), piąty i więcej u 48 kobiet (1,93%). W roku 2015 wykonano procedurę nacięcia krocza u 501 kobiet (co stanowi 59,86%), w roku 2016 u 551 kobiet (co stanowi 65,52%), w roku 2015 u 449 kobiet (co stanowi 55,36%). W badanej grupie analizowano częstość nacięć krocza ze względu na rodność, wykazano, że w grupie: pierwszy poród stwierdzono nacięcie krocza u 841 kobiet (87,51%); drugi poród nacięcie krocza u 559 kobiet (54,43%), trzeci poród u nacięcie krocza u 89 kobiet (25,14%), czwarty poród nacięcie krocza u 9 kobiet (8,91%), piąty i więcej nacięcie krocza u 4 kobiet (8,33%).

Dane do analizy wprowadzono do Programu Microsoft Excel 2010 i poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.6.202. Częstość występowania w poszczególnych latach procedury nacięć i pęknięć krocza analizowano testem chi^2 oraz dokładnym testem Fishera. Dodatkowo testem chi^2, dokładnym testem Fishera i szacując iloraz szans obliczono występowanie pęknięć i nacięć krocza w zależności od predykatorów jakościowych. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p<0,05$, a za wysoce istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p<0,01$.

WYNIKI

Poniżej w tabelach przedstawiono wyniki analizy poszczególnych danych.

Tabela 1. Rozkład częstości pęknięć krocza I, II, III stopnia ze względu na rodność

Rodność	Pęknięcie I stopnia		Pęknięcie II stopnia		Pęknięcie III stopnia		Brak pęknięcia		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	88	9,16	13	1,14	2	0,21	858	89,28	961	100,0
2	238	23,17	23	2,24	0	0,00	766	74,59	1027	100,0
3	90	25,42	9	2,54	0	0,00	255	72,03	354	100,0
4	14	13,86	0	0,00	0	0,00	87	86,14	101	100,0
≥5	6	0,13	2	4,16	0	0,00	40	83,33	48	100,0

W Tabeli 2 stwierdzono istotny ($p<0,01$) związek między rodnością, a nacięciem krocza. Nacięcie krocza wykonywano najczęściej u pierworódek, a z każdym następnym porodem jego częstość systematycznie obniża się.

Tabela 2. Nacięcia i pęknięcia krocza ze względu na rodność

Rodność	**Nacięcie krocza**		**Pęknięcie krocza**					
			co najmniej I stopień		**co najmniej II stopień**		**co najmniej III stopień**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≥5	4	8,33	7	14,58	1	2,08	0	0
4	9	8,91	14	13,86	0	0	0	0
3	89	25,21	99	28,05	9	2,55	0	0
2	559	54,43	261	25,41	23	2,24	0	0
1	840	87,5	103	10,73	15	1,56	2	0,21
Chi^2	658,6057		89,3174		3,9174		3,1880	
df	4		4		4		4	
p	<0.0001		<0.0001		0,4173		0,5269	
test Fishera	<0.0001		<0.0001		0,5242		0,7854	

Tabela 3. Nacięcia i pęknięcia krocza u pierworódek ze względu na wiek

Wiek >=26	**Nacięcie krocza**		**Pęknięcie krocza**					
			co najmniej I stopień		**co najmniej II stopień**		**co najmniej III stopień**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	493	88,83	55	9,91	9	1,62	1	0,18
Nie	347	85,68	48	11,85	6	1,48	1	0,25
Chi^2	2,1239		0,9219		0,0299		0,0502	
df	1		1		1		1	
p	0,1450		0,3370		0,8627		0,8228	
test Fishera	0,1664		0,3438		1,0000		1,0000	
OR	1,3291		0,8181		1,0962		0,7292	

Tabela 4. Nacięcia i pęknięcia krocza u wieloródek w zależności od wieku

Wiek >=31	**Nacięcie krocza**		**Pęknięcie krocza**					
			co najmniej I stopień		**co najmniej II stopień**		**co najmniej III stopień**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Tak	375	44,22	220	25,94	16	1,89	0	0
Nie	286	42,00	161	23,64	17	2,5	0	0
Chi^2	0,7616		1,0695		0,6645		----	
df	1		1		1		----	
p	0,3828		0,3011		0,4150		----	
test Fishera	0,4060		0,3123		0,4800		----	
OR	1,0950		1,1315		0,7558		----	

Nie stwierdzono istotnego związku (p>0,05) między wiekiem pierworódek i wieloródek, a nacięciami krocza.

Tabela 5. Nacięcia i pęknięcia krocza u pierworódek w zależności od masy ciała noworodka

Masa ciała noworodka >=3300	**Nacięcie krocza**		**Pęknięcie krocza**					
			co najmniej I stopień		**co najmniej II stopień**		**co najmniej III stopień**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	476	90,15	57	10,8	10	1,89	2	0,38
Nie	360	84,11	46	10,75	5	1,17	0	0
Chi^2	7,8547		0,0006		0,8061		1,6246	
df	1		1		1		1	
p	0,0051		0,9811		0,3693		0,2025	
test Fishera	0,0059		1,0000		0,4400		0,3048	
OR	1,7291		1,0050		1,6212		4,0693	

U pierworódek stwierdzono istotny (p<0,01) związek między nacięciami krocza, a masą ciała noworodków. Nacięcie krocza było częściej wykonywane przy masie ciała noworodka wynoszącej 3300 gram lub powyżej, niż przy masie ciała noworodka wynoszącej poniżej 3300 gram. Masa ciała noworodka >=3300 gram powoduje wzrost ryzyka nacięcia krocza o 73%, czyli ryzyko to jest 1,73 razy wyższe, niż gdy noworodek ma niższą masę ciała.

Tabela 6. Nacięcia i pęknięcia krocza u wieloródek ze względu na masę ciała noworodka

Masa ciała noworodka >=3500	**Nacięcie krocza**		**Pęknięcie krocza**					
			co najmniej I stopień		**co najmniej II stopień**		**co najmniej III stopień**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	370	48,05	215	27,92	22	2,86	0	0
Nie	286	38,29	162	21,69	11	1,47	0	0
Chi^2	14,7325		7,8935		3,4158		----	
df	1		1		1		----	
p	0,0001		0,0050		0,0646		----	
test Fishera	0,0001		0,0052		0,0780		----	
OR	1,4910		1,3989		1,9679		----	

U wieloródek stwierdzono istotny (p<0,01) związek między nacięciami krocza, a masą ciała noworodków. Nacięcie krocza było częściej wykonywane przy masie ciała noworodka wynoszącej 3500 gram lub powyżej, niż przy masie ciała noworodka wynoszącej poniżej 3500 gram. Masa ciała noworodka >=3500 gram powoduje wzrost ryzyka nacięcia krocza o 49%, czyli ryzyko to jest 1,49 razy wyższe, niż gdy noworodek jest mniejszy.

Tabela 7. Pęknięcia krocza w zależności od nacięcia krocza

Nacięcie krocza	Pęknięcie krocza					
	co najmniej I stopień		co najmniej II stopień		co najmniej III stopień	
	n	%	n	%	n	%
Tak	46	3,06%	15	1%	2	0,13%
Nie	438	44,33%	33	3,34%	0	0%
Chi^2	647,7631		17,2609		1,3175	
df	1		1		1	
p	<0.0001		<0.0001		0,2510	
test Fishera	<0.0001		0,0001		0,5210	
OR	0,0397		0,2921		3,2923	

Stwierdzono istotny (p<0,01) związek między nacięciami a pęknięciami krocza co najmniej I i II stopnia. Wcześniejsze wykonanie nacięcia krocza powoduje obniżenie ryzyka pęknięcia krocza I stopnia o 96%, a II stopnia o 71%. Nie stwierdzono istotnego związku między powstaniem pęknięć krocza II i III stopnia, a rodnością, wiekiem rodzących, masą ciała noworodka oraz nacięciem krocza.

DYSKUSJA

Celem pracy było oszacowanie odsetka nacięć krocza i pęknięć krocza w okresie trzech lat. W badaniu zaobserwowano wysoki odsetek nacięć krocza, który pozostaje na podobnym poziome i nie obniża się w kolejnych latach. Takie zróżnicowanie pod względem odsetka nacięć krocza jak w powyższym badaniu obserwuje się w całej Polsce. Od wielu lat istnieją zalecenia ministra zdrowia dotyczące standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, które mają na celu ograniczenie interwencji podczas porodu (w tym procedury nacięcia krocza), lecz trudno to weryfikować, ponieważ rzadko są publikowane. Posiadamy jedynie dostępne dane z Raportu NIK z 2016 roku. W placówkach o I poziomie referencyjności wskaźnik interwencji położniczych podczas porodu wynosiły od 34% do 90%. Nacięcie krocza wykonano u 57% pacjentek [12]. Podobnie wysoki procent stwierdziliśmy w powyższym badaniu: w roku 2015 wykonano procedurę nacięcia krocza u 59,86% kobiet, w roku 2016 u 65,52%, w roku 2015 u 55,36%. Nacięcie krocza wykonano u 87,51% rodzących po raz pierwszy; po raz drugi u 54,43%, podczas trzeciego porodu u 25,14%, podczas czwartego porodu u 8,91%,

podczas piątego i więcej 8,33%. Analizy francuskie wskazują, że dzięki zaleceniom ogólnokrajowym wskaźnik nacięcia krocza w przypadku porodów drogą pochwową znacznie obniżył się z 26,7% w 2007 r. do 19,9% w 2014 roku [13]. Aktualnie francuskie wytyczne dotyczące restrykcyjnego nacinania krocza podczas porodu instrumentalnego nie doprowadziły do wzrostu porodowego uszkodzenia zwieracza odbytu. Obecnie w dużym raporcie ogólny wskaźnik nacięcia krocza podczas porodu instrumentalnego zmniejszył się między rokiem 2000 (83,9%), a 2016 (56,4%). Podobnie w latach 2000-2005 odsetek wynosił 81%, a w 2016-59% [14].

Drugim celem badania było określenie uwarunkowań nacięć krocza. Wykazano istotny związek nacięcia krocza z rodnością, najczęściej wykonywano procedurę u pierworódek, a wykonywanie procedury obniżało się wraz ze wzrostem liczby przebytych porodów. Podobne obserwacje są w innych krajach, gdzie często wykonuje się nacięcie krocza u rodzących po raz pierwszy w celu zwiększenia otworu pochwy i ułatwienia porodu główki [15]. W badaniu angielskim w grupie pierworódek okazało się, że wykonane nacięcie krocza niezależnie od rodzaju porodu, spontanicznego lub z użyciem próżniociagu, chroniło kobiety przed poważnymi urazami krocza [16]. W badaniu tureckim stwierdzono, że ponad połowa kobiet 52,0% podczas porodu drogą pochwową została poddana nacięciu krocza, w tym u 93,3% pierworódek i u 30,2% wieloródek [17].

W powyższym badaniu stwierdzono częstsze wykonanie nacięcia krocza, gdy masa ciała noworodka wynosiła 3300 gram i więcej u pierworódek. Okazało się także, że masa ciała noworodka zwiększała ryzyko nacięcia krocza o 73%. U wieloródek nacięcie krocza częściej wykonywano przy masie ciała noworodka powyżej i równej 3500 gram, a ryzyko wykonania procedury było o 1,49 razy wyższe niż, gdy dziecko miało mniejszą masę ciała. Tureckie doniesienia wykazały, że niższa masa noworodka nie determinuje ryzyka poważnych urazów krocza, nie stwierdzono związku nacięcia krocza z masą ciała noworodka, ale masa ciała była niska, około 3250 gram, mniejsza niż w naszej grupie [17] . W przypadku hiszpańskich badań u kobiet rodzących noworodki o masie ciała około 4000 gram i powyżej częstość wykonania nacięcia krocza wzrastała. Mogło to być związane z użyciem kleszczy lub próżniociągu podczas porodu [18]. W badaniu szwedzkim, masa urodzeniowa dzieci ≥ 4000 gram była silnym czynnikiem ryzyka uszkodzenia zwieracza odbytu [19].

W powyższym badaniu analizowano także pęknięcia krocza. U pierworódek pęknięcie krocza I stopnia dotyczyło 10,73% kobiet i wzrastało u kobiet rodzących po raz drugi do 25,41%. W grupie kobiet rodzących po raz trzeci, odsetek pęknięć krocza I stopnia ponownie wzrastał do 28,05%, a w kolejnych porodach obniża się do poziomu 13,86% i 14,58%.

W badaniu Landy i wsp. odsetek pęknięć krocza trzeciego i czwartego stopnia wynosił u pierworódek wynosi 5,8%, a u wieloródek 0,6%, czynnikami ryzyka urazów było nacięcie krocza, długi drugi okres porodu, poród zabiegowy, duża masa ciała noworodka [20]. W naszym badaniu niski odsetek pęknięć kocza I i II stopnia związany jest z dużym odsetkiem nacięć krocza. Aktualne trendy na świecie są związane z ograniczaniem nacięć krocza, a wzrostem samoistnych urazów krocza niskiego stopnia [16]. Duży przegląd autorstwa Jiang i wsp. z 2017 roku wykazał, że selektywne nacięcie krocza w porównaniu z rutynowym nacięciem krocza skutkowało mniej poważnymi urazami krocza/pochwy i mniejszą potrzebą zaopatrzenia rany krocza szwami [4].

W naszym badaniu pęknięcie obejmowało uszkodzenie niskiego stopnia skóry krocza i pochwy, bez uszkodzenia III i IV stopnia. W sytuacji pęknięcia krocza I stopnia średni wiek u pierworódek i wieloródek nie wykazał istotnej zależności. Nie stwierdzono również związku masy urodzeniowej noworodka u pierworódek i ryzyka powstania pęknięć krocza I stopnia. Stwierdzono związek w przypadku masy urodzeniowej noworodka u wieloródek. Pęknięcie krocza I stopnia częściej występowało przy masie ciała noworodka wynoszącej równe i więcej niż 3500 gram, a ryzyko pęknięcia krocza wzrastało o 40%. Doniesienia z Tanzanii wskazują, że masa noworodka od 2500 gram do 3999 gram spowodowała u 27% kobiet przedłużenie porodu, u 22% pęknięcie krocza I i II stopnia oraz u około 18% krwotok poporodowy [21].

Powstanie pęknąć krocza II i III stopnia nie było związane ze średnim wiekem pierworódek i wieloródek oraz średnią masą urodzeniową noworodka W badaniu przeprowadzonym w latach w Ameryce Łacińskiej, Afryce oraz Azji, odsetek występowania pęknięć krocza III i IV stopnia wynosił od 0,1% (Chiny, Kambodża i Indie) do 15,0% (Filipiny). Stwierdzono, że odsetek powstawania urazów krocza wiąże się z masą urodzeniową noworodka wynoszącą ≥4000 gram, porodem zabiegowym oraz indukcją porodu. Nie zaobserwowano żadnego wpływu wieku kobiet rodzących na powstanie ciężkich urazów krocza [22]. W szwedzkim badaniu okazało się, ze ryzyko porodowego uszkodzenia zwieracza odbytu wzrastało wraz z wiekiem matki, niezależnie od liczby porodów [19].

Powyższe badanie pokazuje, że częstość nacięcia krocza utrzymuje się na niepokojąco wysokim poziomie. Konieczne są szkolenia personelu, w celu obniżenia odsetka urazów spowodowanych przez personel.

WNIOSKI

1. Nacięcie krocza było istotnie związane z rodnością i najczęściej wykonywano u pierworódek, z każdym następnym porodem jego częstość obniża się.
2. Nacięcie krocza było istotnie częściej wykonywane przy masie ciała noworodka wynoszącej 3300 gram lub powyżej u pierworódek i przy masie ciała noworodka u wynoszącej 3500 gram lub powyżej u wieloródek.
3. Pęknięcie krocza I i II stopnia było istotnie związane z nacięciem krocza. Pęknięcia występowały najczęściej podczas drugiego i trzeciego porodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Longo LD.: A Treatise of Midwifry, in Three Parts (Fielding Ould). Classic Pages In Obstetrics And Gynecology. American Journal of Obstetrics Gynecology 1995; (172): 1317–1319.
2. Thacker SB., Banta HD.: Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. Obstetrical & Gynecological Survey 1983; 38(6): 322-338.
3. Carroli G., Mignini L.: Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; 21(1): CD000081.
4. Jiang H., Qian X., Carroli G. et al.: Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews Review 2017; 2(2): CD000081.
5. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Management of the second stage of labor. International Federation of Gynecology and Obstetrics 2012; 119(2): 111-116.
6. Graham ID., Carroli G., Davies C. et al.: Episiotomy rates around the world: an update. Birth 2005; 32(3): 219-223.
7. Qian X., Smith H., Zhou L. et al.: Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: an observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. BMC Pregnancy and Childbirth 2001; (1): 1.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Episiotomy. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstetrics & Gynecology 2006; (107): 957-962.
9. Melo I., Katz L., Coutinho I. et al.: Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive Health 2014; (11): 66.

10. Steiner N., Weintraub A.Y., Wiznitzer A. et al.: Episiotomy: the final cut?. Archives of Gynecology and Obstetrics 2012; 286(6): 1369-1373.
11. Enkin M., Keirese M, Neison J. et al.: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth 2000. Oxford University Press.
12. Najwyższa Izba Kontroli. Delegatura w Białymstoku: Informacja o wynikach kontroli. Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych. Warszawa 2016. LBI.410.008.2015 Nr ewid. 203/2015/P/15/065/LBI (data pobrania 28.07.2022).
13. Goueslard K., Cottenet J., Roussot A. et al.: How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? Population-based study in France. BMC Pregnancy Childbirth 2018; 4; 18 (1): 208.
14. Gachon B., Fritel X., Rivière O. et al.: French guidelines for restrictive episiotomy during instrumental delivery were not followed by an increase in obstetric anal sphincter injury. Scientific Reports 2022; (12): 6330.
15. Kettle C., Dowswell T., Ismail K. et al.: Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012; (11): 11.
16. Gurol-Urganci I., Cromwell DA., Edozien LC. et al.: Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2013; (12): 1516-1525.
17. Kartal B., Kizilirmak A., Calpbinici P. et al.: Retrospective analysis of episiotomy prevalence. Journal Of The Turkish-German Gynecological Association 2017; 18(4): 190–194.
18. Ballesteros-Meseguer C., Carrillo-García C., Meseguer-de-Pedro M. et al.: Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2016; 24: e2793.
19. Waldenström U., Ekéus C.: Risk of obstetric anal sphincter injury increases with maternal age irrespective of parity: a population-based register study. BMC Pregnancy Childbirth 2017; 17(1): 306.
20. Landy H., Laughon K., Bailit J. et al.: Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. Obstetrics and Gynecology 2011; 117(3): 627-635.
21. Said A., Manji K.: Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study, BMC Pregnancy and Childbirth 2016; 16(1): 243.

22. Hirayama F., Koyanagi A., Mori R. et al.: Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012; 119(3): 340–347.

NACIĘCIE KROCZA JAKO WYZWANIE WSPÓŁCZESNEGO POŁOŻNICTWA

Alicja Gdaniec

Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Collegium Medium w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Poród dziecka to fizjologiczny proces, który w coraz mniejszym stopniu wymaga skomplikowanej opieki medycznej. Ciąża oraz poród mogą łączyć się z różnego rodzaju jednostkami chorobowymi oraz powikłaniami, w takim przypadku poszerzenie działania personelu medycznego będzie jak najbardziej uzasadnione. Należy jednak zwrócić uwagę na własne działania oraz wiedzę, tak, aby jak najdłużej utrzymać fizjologiczny przebieg porodu. Narodziny dziecka są aktem fizjologicznym, jednak zdarzają się przypadki, w których podczas porodu wykonywane jest nacięcie krocza. Drugi okres porodu, czyli rodzenia dziecka, zależy nie tylko od wzajemnej współpracy położnej i rodzącej, ale także od wielu innych czynników, które mogą mieć wpływ na częstość wykonywania zabiegu nacięcia krocza, np.: liczba przebytych porodów, czynność skurczowa mięśnia macicy, położenia i ułożenia płodu, a także wielu innych nie tylko fizycznych, ale również psychicznych uwarunkowań. Podczas porodu często u wielu kobiet wykonywany jest zabieg nacięcia krocza. W zamyśle zabieg ten ma na celu pomóc rodzącej i jej dziecku przyjść na świat. Zadaniem personelu medycznego jest zminimalizowanie interwencji medycznych (przykładowo rozległych nacięć krocza) podczas porodu, jeśli oczywiście pozwala na to zaistniała w danym momencie sytuacja medyczna. Nacięcie krocza w trakcie porodu drogami natury czasem jest aspektem, którego nie da się uniknąć.

ROZWINIĘCIE

Nacięcie krocza to technika pierwotnie zaprojektowana w celu zmniejszenia częstości występowania ciężkich pęknięć krocza (trzeciego i czwartego stopnia) podczas porodu. W świetle dzisiejszych badań wiemy, iż nacięcie krocza nie powinno być wykonywane tylko po to aby uchronić krocze przed pęknięciem. W wielu krajach jedynym wskazaniem do nacięcia krocza jest zagrożenie życia płodu lub poród zabiegowy. Ogólną ideą jest wykonanie

kontrolowanego nacięcia w kroczu w celu powiększenia ujścia pochwy w celu ułatwienia lub szybszego ukończenia porodu. Argumentem zwolenników rutynowego nacięcia krocza jest to, że nacięcie krocza zmniejsza nacisk na krocze, powodując łatwe do naprawienia nacięcie w porównaniu z niekontrolowanym urazem pochwy. Jednak najczęściej występującym urazem krocza w porodzie drogami natury są pęknięcia śluzówki pochwy lub pęknięcia krocza I stopnia, podczas gdy nacięcie krocza często jest porównywane do pęknięcia krocza II stopnia.

Różne typy nacięcia krocza obejmują linię środkową, zmodyfikowaną środkową, środkowo-boczną, w kształcie litery J, oraz linię boczną. Dwie najpopularniejsze techniki to linia środkowa (USA i Kanada) i środkowo - boczna (Europa). W Stanach Zjednoczonych nacięcie krocza było kiedyś powszechnie stosowaną techniką, aż do 2006 roku, kiedy American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) wydał zalecenie przeciwko jej rutynowemu stosowaniu. Jednak selektywne zastosowanie nacięcia krocza nadal ma zastosowanie i powinno być przeprowadzane na podstawie oceny klinicznej oraz wskazań matki lub płodu. [1]. W celu zapobiegania urazom stosuję się różne interwencje, w tym masaż krocza, ciepłe lub zimne okłady oraz techniki ochrony krocza, te działania przynoszą znacznie więcej korzyści niż wykonywanie rutynowej episiotomii. Nacięcie krocza jako interwencja medyczna powinno być również postrzegane jako determinant poziomu jakości życia kobiet po porodzie. Intensywny rozwój położnictwa w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat powoduje coraz większe zainteresowanie zagadnieniami dotyczącymi porodu nie tylko w znaczeniu medycznym, ale także psychologicznym. Ważne jest poznanie wpływu jednego z najczęściej stosowanych zabiegów położniczych w czasie II okresu porodu – nacięcia krocza na stan fizyczny i psychoseksualny kobiety. Złe samopoczucie kobiety ma niewątpliwy wpływ na jej codzienne funkcjonowanie i obniża komfort życia w różnych aspektach. Nacięcie krocza podczas porodu jest zabiegiem inwazyjnym mogącym u niektórych kobiet powodować negatywne odczucia psychofizyczne oraz seksualne [2]. Jakość życia to wielowymiarowa koncepcja, która definiuje wpływ przeżyć danej jednostki na wydajność fizyczną, psychospołeczną, i duchową. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na temat jakości życia obejmuje aspekty takie jak: zdrowie fizyczne, status psychologiczno-emocjonalny, poziom niezależności, relacje społeczne, wymiar duchowy. W ogólnej definicji, jakość życia jest efektem fizycznym i społecznym na indywidualne, ontologiczne i emocjonalne reakcje na to środowisko [3]. Uraz okołoporodowy wpływa na fizyczne, psychologiczne i społeczne samopoczucie kobiet w bezpośrednim okresie poporodowym, jak również w perspektywie długoterminowej. Może także zakłócić karmienie piersią, życie rodzinne i stosunki seksualne. W Wielkiej Brytanii od około 23% do 42% kobiet nadal występuje ból

i dyskomfort przez 10 do 12 dni po porodzie, a 7 do 10% kobiet nadal cierpi na długotrwały ból (3-18 miesięcy po porodzie); 23% kobiet doświadcza dyspareunii po 3 miesiącach; 3% do 10% stwierdza nietrzymanie stolca; 24% kobiet ma problemy z oddawaniem moczu. Powikłania zależą od ciężkości urazu krocza oraz od skuteczności leczenia [4]. Warto przyjrzeć się czynnikom fizycznym po porodzie i potencjalnemu negatywnemu stosunkowi do ciała oraz do okolicy narządów płciowych kobiet po porodzie. Wiadomości z mediów społecznościowych i reklam chirurgii plastycznej narządów płciowych obrazują negatywne zmiany sromu oraz krocza występujące po porodzie, które następnie kolidują z przyjemnością seksualną kobiet. Badania dostarczają wstępnych dowodów na to, że większość kobiet nie dostrzega uciążliwych zmian w okolicy pochwy/narządów płciowych po porodzie. Badania sugerują również, że nacięcie krocza ma większy wpływ na negatywne postrzeganie wyglądu narządów płciowych. Skala VSBE (Vaginal Changes Sexual and Body Esteem) to skala pomagająca specjalistom określić poziom zadowolenia z własnego ciała oraz narządów rodnych kobiet w okresie poporodowym. Skala VSBE określa stosunek kobiet do zmian w okolicy narządów rodnych oraz poziom zadowolenia z własnego ciała. Dobrze sprawdza się jako miernik zadowolenia z seksualnego aspektu swojego ciała oraz okolic intymnych kobiet po urodzeniu dziecka. Przyszłe wykorzystanie skali jako narzędzia badawczego w kontekście badań klinicznym powinno być zbadane, a jego zastosowanie w badaniach dotyczących porodu może przyczynić się do lepszego zrozumienia następstw oraz zmian w okolicy narządów płciowych po porodzie oraz wpływu tych zmian na tych, którzy ich doświadczają [5]. Stres oraz ból po porodzie może powodować oddalenie się emocjonalnie matki od nowonarodzonego dziecka. Występowanie depresji poporodowej jest ściśle związane z poziomem jakości życia kobiet po porodzie. Kobiety, które brały udział w przedporodowych zajęciach edukacyjnych, oraz wykonywały ćwiczenia fizyczne podczas ciąży, a także otrzymywały wsparcie mężów i rodziny, odzyskiwały całkowitą sprawność fizyczną od 6 do 8 tygodni po porodzie. Ból okolicy narządów rodnych może być kolejnym następstwem wykonania nacięcia krocza. Wykonywanie masażu krocza w ciąży, stosowanie ćwiczeń fizycznych, poszerzanie swojej wiedzy na temat porodu, może wpłynąć na zwiększenie poczucia sprawczości kobiety w porodzie. Większy poziom pewności siebie oraz poczucie przeżywania porodu na „swoich zasadach" wpływa na komfort psychiczny kobiety rodzącej. Komfort psychiczny może przekładać się na pozytywny przebieg porodu, dzięki poczuciu bezpieczeństwa u rodzącej uwalnianie hormonów odpowiedzialnych za postęp porodu (np. oksytocyna) jest łatwiejsze. Dzięki temu można uniknąć kaskady procedur medycznych. Czynność skurczowa mięśnia macicy, która przez uwalnianie adrenaliny staję się hipotoniczna. Może to skutkować podaniem

syntetycznej oksytocyny, która natomiast może wpłynąć na płód, i spowodować np. spowolnienie akcji serca płodu, co następnie może skutkować potrzebą nacięcia krocza z powodu zagrożenia życia u płodu. Koncepcja jakości życia związanej ze zdrowiem jest wielowymiarowa i obejmuje stan psychospołeczny, fizyczny oraz emocjonalny. Celem badania była ocena jakości życia egipskich kobiet, które przeszły poród drogami natury.

Wyniki badań wskazują, że poród drogami natury wpływa na lepszy poziom jakości życia kobiet po porodzie. Poród drogami natury, jeśli nie występują ku niemu przeciwskazania należy ustalić jako priorytetową drogę rozwiązania ciąży. Poród pochwowy istotnie wpływa na zachowanie dobrego zdrowia fizycznego po porodzie [6]. Odkrycia na temat wpływu porodu drogami natury na zdrowie i jakość życia kobiet stanowią wskazówkę i wyznaczają kierunek działania dla lekarzy i położnych. Należy również określać problemy zdrowotne, które mogą występować po porodzie drogami natury, aby móc im skutecznie zapobiegać. Problemy w okresie poporodowym znacząco wpływają, na jakość życia kobiet, na szybkość powrotu do pełnej sprawności fizycznej, wiarę matki w swoje umiejętności macierzyńskie oraz poziom satysfakcji seksualnej. Lekarze, położne oraz inny personel medyczny, który jest zaangażowany w doradztwo kobietom w okresie poporodowym powinien być wykształcony w zakresie przeciwdziałania występowaniu problemów poporodowych, aby pomóc zachować jak najwyższy poziom jakości życia po porodzie [7]. W ostatnich dziesięcioleciach donoszono o narastającej liczbie interwencji medycznych podczas porodu, nawet w fizjologicznych i nieskomplikowanych porodach, a także stosowaniu raniących i lekceważących praktyk wobec kobiet podczas porodu, na całym świecie. Pomimo badań i podejmowaniu działań w celu rozwiązania tych problemów, zmiana praktyk związanych z porodem okazała się trudna. Nadmierna liczba interwencji medycznych i brak szacunku wobec kobiet podczas porodu powinny być analizowane, jako przemoc położnicza. Badania na ten temat mogą być użytecznym narzędziem w rozwiązywaniu problemu przemocy położniczej, w opiece nad kobietą rodzącą, takich jak działania położnicze mimo braku zgody, brak szacunku i inne raniące, traumatyczne praktyki. Polska należy do krajów UE, w których obowiązują wytyczne NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, który jest niezależną brytyjską instytucją odpowiedzialną za tworzenie standardów w zapobieganiu i leczeniu chorób). Zgodnie z wieloma badaniami, rutynowe nacięcie krocza nie chroni przed rozległymi urazami dróg rodnych, nietrzymaniem moczu oraz stolca. Powoduje ból, który jest dużym problem dotyczącym okresu poporodowego. Kobiety po porodzie mają z tego powodu problemy z sprawowaniem opieki nad dzieckiem, a także uczestniczeniem w codziennych domowych czynnościach. W Polsce nacięcie krocza jest najczęściej stosowanym zabiegiem podczas

porodu i w większości szpitali wykonywane jest rutynowo. Dowody nie potwierdzają korzyści dla kobiety rodzącej, związanych z rutynową episiotomią. W rzeczywistości skutki wykonywania rutynowego nacięcia krocza można uznać za niekorzystne.

U kobiet bez rutynowo wykonywanej episiotomii często doszłoby do mniej rozległych i fizjologicznie występujących po porodzie obrażeń takich jak: pęknięcie krocza pierwszego stopnia lub otarcia błony śluzowej i skóry krocza. W badaniach na temat stosowania selektywnego nacięcia krocza, a stosowania protokołu wykluczającego stosowanie nacięcia krocza, w obu grupach ocenianych stwierdzono całkowity odsetek nacięcia krocza wynoszący mniej, niż 2%, co wskazuje, że możliwe jest wdrożenie protokołu mówiącego o unikaniu rutynowego nacięcia krocza u kobiet w ciąży donoszonej, w której płód znajduje się w położeniu główkowym (ciąża donoszona niesie za sobą mniejsze ryzyko powikłań, tkanki kobiety są przygotowane do porodu, położenia główkowe dziecka jest położeniem fizjologicznym oraz korzystnym podczas porodu drogami natury). Jest to pierwsze randomizowane badanie kliniczne przydatne w ocenie zasadności stosowania rutynowego nacięcia krocza zamiast stosowania nacięcia krocza wybiórczo, po określeniu u kobiety rodzącej korzyści oraz konsekwencji wynikających z przeprowadzenia tego zabiegu. Obserwowanie kobiety rodzącej oraz wsparcie ze strony położnej podczas porodu zmniejsza częstość porodów zabiegowych, a tym samym zmniejsza stopień urazów krocza. Metoda ręcznego kontrolowania rodzenia się główki jest związana z niższymi odsetkami nacięcia krocza. Podobnie pionowa pozycja podczas porodu jest związana z niższymi odsetkami nacięć krocza, ale nie ma znaczącej różnicy w ogólnych stopniach urazów krocza. W ostatnich kilkunastu latach jego przydatność i zasadność, a w szczególności jego rutynowe, zbyt powszechne stosowanie coraz częściej jest kwestionowane. Badania oraz rozważania na ten temat prowadzą zarówno różnego rodzaju organizacje kobiece, same zainteresowane, jak i profesjonaliści. Polska jest wciąż jednym z niewielu krajów europejskich, w którym rutynowe nacięcie krocza było do niedawana istotnym i uznanym elementem prowadzenia niemal każdego porodu odbywanego w warunkach szpitalnych. Temat ten wywoływał często szerokie dyskusje w mediach i prasie [9]. Udowodniono, że porody odbywające się w wodzie są korzystną alternatywą dla konwencjonalnego sposobu prowadzenia porodu, na przykład na łóżku porodowym. Ten sposób prowadzenia porodu wiąże się z mniejszą częstością wykonywania zabiegu nacięcia krocza, a unikanie nacięcia krocza jest korzystne dla utrzymania odpowiedniego napięcia mięśni dna miednicy [10]. Podejście do kobiety rodzącej podczas porodu jako do osoby nieświadomej oraz niedecyzyjnej coraz częściej jest kwestią krytyczną i niedopuszczalna na całym świecie.

Podczas gdy, określenia i problemy takie jak; "brak szacunku i znęcanie się" oraz "złe traktowanie podczas porodu" są najczęściej omawiane w innych badaniach na całym świecie, pojęcie "przemocy położniczej" pozostaje najbardziej zoperacjonalizowanym terminem w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach, zarówno w kontekście badawczym, jak i politycznym. Różni badacze opowiadali się za użyciem tych trzech różnych typologii, jednak wszystkie te terminy mają podobieństwo w podkreślaniu medykalizacji naturalnych procesów rodzenia, mają swoje korzenie w nierówności płci, są podobne do przemocy wobec kobiet w życiu codziennym, niosą możliwości wyrządzenia szkód psychicznych i ryzyko bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia kobiet. Przyszłe badania na ten temat powinny dążyć do osiągnięcia trzech celów: zmierzenia częstości przejawów niewłaściwego traktowania kobiet rodzących, zbadanie czynników makro i mikro, które napędzają złe traktowanie kobiet na sali porodowej, oraz ocenę wpływu złego traktowania na stan zdrowia kobiety i noworodka. To, co stanowi szacunek w opiece położniczej to: opieka wolna od krzywdy i złego traktowania, zachowanie prywatności i poufności podczas porodu, zachowanie godności kobiety podczas porodu, udzielanie informacji i uzyskiwanie świadomej zgody na wykonanie zabiegów medycznych, zapewnienie ciągłego dostępu do wsparcia od rodziny lub społeczności np. danej grupy religijnej, poprawa stanu sal porodowych oraz ich zasobów, zapewnienie godnej opieki położniczej, angażowanie się personelu medycznego w skuteczną komunikację, szacunek dla wyborów kobiet, które wzmacniają ich poczucie zdolności do rodzenia, dostępność kompetentnych i zmotywowanych zasobów ludzkich, zapewnienie wydajnej i skutecznej opieki oraz jej ciągłości. Elementem szacunku w opiece położniczej powinno być również informowanie o zasadności zastosowania nacięcia krocza w danym momencie. Okazuje się, że pojęcie szacunku w opiece położniczej jest szersze niż określenie przejawów złego traktowania kobiet podczas porodu. Należy opracować i przetestować innowacyjne podejście, aby szacunek w opiece położniczej był postrzegany, jako rutynowy element wysokiej jakości opieki nad matką i noworodkiem [11]. W ciągu ostatnich dwóch dekad liczba porodów odbywających się w szpitalach w Tanzanii tylko minimalnie wzrosła, odsetek ten wynosi 10%. Dzieje się tak częściowo z powodu braku szacunku i nadużyć podczas porodu przez służbę zdrowia. Kobiety w Tanzanii rodzą w domu co nie jest rzeczą niewłaściwą, często poród domowy może chronić fizjologiczną ciąże i przebieg porodu przed zbyt dużą liczbą ingerencji medycznych.

Należy rozważyć zjawisko unikania szpitala przez kobiety rodzące w np. Tanzanii jako miejsca, którego się boją, przez ten strach wiele kobiet i płodów (podczas ciąż i porodów powikłanych) może stracić zdrowie, a nawet życie. Ważne jest promowanie pełnej szacunku

opieki nad kobietami, szkolenia przed rozpoczęciem pracy na sali porodowej i ciągłe doskonalenie zawodowe, poprawa warunków i środowiska pracy, wzmocnienie pozycji kobiet w ciąży oraz ulepszenie założeń polityki zdrowotnej [12].

PODSUMOWANIE

Współczesne położnictwo opierające się na dowodach naukowych pozyskiwanych na bieżąco z licznych badań opiera się na twierdzeniach, iż ważne jest odstąpienie od rutynowego nacinania krocza. W przypadkach uzasadnionego stosowania tej procedury wykonywanie episiotomii pośrodkowo-bocznej wydaję się lepszym wyjściem. Pozytywny aspekt na jakość porodu oraz jakość życia po porodzie może mieć przedporodowy masaż krocza, ćwiczenia mięśni dna miednicy w ciąży, oraz używanie żelu zmniejszającego siłę tarcia wewnątrz kanału rodnego. Najważniejsze pytanie brzmi, czy stosować nacięcia krocza jak rutynową procedurę. Odpowiedź jest jasna. Istnieją dowody na poparcie ograniczonego stosowania episiotomii w porównaniu z rutynowym stosowaniem nacięcia krocza. W świetle dostępnych dowodów, zaleca się ograniczenie stosowania nacięcia krocza [13]. Podsumowując obecny stanu wiedzy na temat nacięcia krocza należy stwierdzić, że rutynowa episiotomia stanowi jeden z najistotniejszych problemów położnictwa. Kluczowe znaczenie w zapobieganiu rutynowemu nacięciu krocza ma jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka urazów śródporodowych oraz stałe poszukiwanie i badanie przyczyn występowania tego zjawiska. Personel medyczny, który jest odpowiedzialny za prowadzenie porodu oraz opiekę okołoporodową nad kobietą rodzącą, należy na bieżąco edukować na temat konieczności niwelowania rutynowego nacięcia krocza. Nacięcie krocza jest niestety nadal jednym z najczęstszych zabiegów medycznych wykonywanych w położnictwie. W drugiej połowie XX wieku stało się rutynową, niemal standardową procedurą na blokach porodowych. Niewątpliwie, istnieją powody, dla których nacięcie jest decyzją właściwą, niekiedy konieczną. Zadaniem wyedukowane, nowoczesnej oraz rozsądnej położnej jest każdorazowe rozważenie konieczności wykonania tego zabiegu podczas porodu.

PIŚMIENNICTWO

1. Aasheim V., Britt A., Nilsen V. et al.: Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 6(6): CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3.

2. Gutt M.: Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2014; (4): 87-89.
3. Papuć E.: Jakość życia - definicje i sposoby jej ujmowania. Current Problems of Psychiatry 2011; 12(2): 141-145,
4. Kettle Ch.: Perineal care. BMJ Clinical Evidens 2011; 1401. PMCID: PMC3275301, 2011
5. Zielinski R., Kane Low L., Smith A. R. et al.: Body after baby: a pilot survey of genital body image and sexual esteem following vaginal birth. International Journal of Women's Health 2017; 9: 189—198.
6. Moawad S., Yakout S. M.: Quality Of Life after Vaginal and Cesarean Deliveries Among A Group of Egyptian Women. IOSR Journal of Nursing and Health Science 2015; 4(3): 91-95.
7. Khajehei M., Ziyadlou S., Safari R. M. et al.: A Comparison of Sexual Outcomes in Primiparous Women Experiencing Vaginal and Caesarean Births. Iran Indian Journal of Community Medicine 2009; 34(2): 126-130.
8. Pietras J.: Nacięcie krocza we współczesnym położnictwie – konieczność kontra błąd w sztuce. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2012; 21(4): 545–550.
9. Lin Zhao Y., Xiao M., Tang F. et al.: The effect of water immersion delivery on the strength of pelvic floor muscle and pelvic floor disorders during postpartum period: An experimental study. Medicine 2017; 96(41): e8124
doi: 10.1097/MD.0000000000008124.
10. Shakibazadeh E., Namadian M., Bohren MA. et al.: Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG 2017; doi: 10.1111/1471-0528.15015,
11. Shimoda K., Horiuchi S., Leshabari S. et al.: Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. Reproductive Health 2018; 15: 8.
12. Guillermo C., Luciano M.: Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2.

ANALIZA OKOLICZNOŚCI WYSTĘPOWANIA ŻÓŁTACZKI U NOWORODKÓW PODDANYCH PROCESOWI HOSPITALIZACJI

Dorota Albrychowicz[1], Anna Jenczura[2]

1. Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
2. Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WSTĘP

Do najczęściej obserwowalnych symptomów okresu noworodkowego, sprawiających istotny problem w opiece nad dzieckiem należy żółtaczka, ze wzrostem stężenia bilirubiny we krwi przekraczającym 5–7 mg%. Objawia się ona żółtawym zabarwieniem skóry, błon śluzowych i białkówki oka dziecka, powstałym na skutek nagromadzenia się dużej ilości żółtego barwnika – bilirubiny. Wydalana jest ona przez wątrobę i drogi żółciowe do przewodu pokarmowego, a tam przetworzona przez bakterie, daje charakterystyczne zabarwienie stolca. U każdego noworodka pojawia się wzrost poziomu bilirubiny w porównaniu do prawidłowego stężenia bilirubiny występującego u dorosłych (≤ 1,5mg/dl lub 26 umol/L). Podwyższony poziom bilirubiny jest wynikiem rozpadu erytrocytów płodowych, których niedojrzały układ enzymatyczny wątroby dziecka nie jest w stanie usunąć. Choć to stan fizjologiczny to jednak przy wysokich stężeniach może przeniknąć przez barierę krew-mózg i doprowadzić do poważnego powikłania - żółtaczki jąder podkorowych mózgu (tzw. *kernicterus*), grożącego upośledzeniem rozwoju dziecka [1, 2].

Kluczowe przyczyny hiperbilirubinemii to:

- ❑ nadmierny rozpad erytrocytów,
- ❑ gromadzenie erytrocytów poza łożyskiem naczyniowym (np. w postaci wybroczyn, krwiaków, naczyniaków),
- ❑ policytemia - osoczowa skaza krwotoczna (powstała na skutek hipoksji płodowej lub opóźnionego odpępnienia noworodka),
- ❑ nasilone krążenie wątrobowo-jelitowe (będące wynikiem zbyt małej podaży pokarmu, nieregularnego oddawania stolca u noworodka),
- ❑ zmniejszona absorbcja wątrobowa,
- ❑ nieprawidłowy metabolizm wątrobowy (głównie u wcześniaków) [2].

Według danych epidemiologicznych u większości noworodków w pierwszym tygodniu życia następuje wzrost poziomu bilirubiny całkowitej powyżej 5mg/dl (86umol/L). Około 50-60% donoszonych, zdrowych noworodków osiąga poziom 5mg/dl bilirubiny całkowitej w ciągu 24 godzin oraz 7mg/dl w ciągu pierwszych 36 godzin życia. Takie rozłożenie określane jest mianem fizjologii. Po 24 godzinach życia dziecka poziom bilirubiny nie powinien przekraczać 12 mg% u noworodków donoszonych, a 15 mg% u wcześniaków. Żółtaczka fizjologiczna u noworodków donoszonych bez wdrożenia leczenia utrzymuje się do około 7 dni, a u wcześniaków do 14 dnia życia. Wszelkie odchylenia od w/w norm stanowią podstawę do wdrożenia terapii, intensywnego monitoringu stężeń bilirubiny w celu ochrony noworodka przed potencjalnym ryzykiem niezwykle toksycznego działania hiperbilirubinemii [3, 4, 5].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy była analiza częstości i okoliczności występowania żółtaczek patologicznych u noworodków hospitalizowanych w Oddziale Patologii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

Chcąc wyłonić istotne problemy badawcze sprecyzowano następujące cele szczegółowe:

1. Określenie charakterystyki ciąż włączonych do niniejszego badania.
2. Określenie, jaka była masowość zaburzeń występująca w okresie noworodkowym w niniejszej grupie badanej.
3. Określenie powszechności powikłań przy toksycznym poziomie bilirubiny.

- Do powyższych problemów badawczych przyjęto następującą hipotezę:
    1. Najwięcej powikłań w okresie noworodkowym stwierdza się wśród noworodków o najniższej masie urodzeniowej.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wykorzystano materiały, dane i informacje z dokumentacji medycznej noworodków, hospitalizowanych z powodu znacznego nasilenia się żółtaczki w Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka WSS w Częstochowie w latach 2019 – 2020.

Do analizy zgromadzonych danych wykorzystano metodę szacowania oraz metodę sondażu diagnostycznego. W pracy posłużono się techniką ankietowania, wykorzystując jako narzędzie badawcze – autorski kwestionariusz ankietowy. Zawierał on 22 pytania zamknięte, z kafeterią jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz dane socjo – demograficzne badanych, ujęte na początku formularza ankiety. Wszystkie wyniki poddano obróbce statystycznej w programie *STATISTICA 10,0 (StatSoft Polska)*, najpierw je importując z Arkusza Kalkulacyjnego Programu Microsoft Office Excel, potem sortując, analizując i generując w formacie graficznym i tabelarycznym. We wszystkich przeprowadzonych testach za różnice istotne statystycznie przyjęto te, dla których prawdopodobieństwo $p<0,05$.

Przed przystąpieniem do projektu badawczego wystąpiono do Dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, przy ulicy Bialskiej 104/118 o zgodę na wgląd w dokumentację dzieci, hospitalizowanych w Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Zapewniono placówkę o zachowaniu pełnej poufności danych i wykorzystaniu ich wyłącznie do celów naukowo – badawczych. Dokonano analizy danych z losowo wybranych 100 historii chorób dzieci, przekazanych z Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej oraz noworodków przyjętych z domu w okresie od stycznia 2019 do grudnia 2020 roku. Analizowanie danych trwało od września 2021 roku do lutego 2022 roku.

WYNIKI

W przeprowadzonym projekcie badawczym analizowano dane z dokumentacji medycznej noworodków, hospitalizowanych z powodu hiperbilirubinemii w Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w przedziale czasowym od stycznia 2019 roku do grudnia 2020 roku.

Tabela 1. Określenie patofizjologii ciąży na podstawie dostępnej dokumentacji (n=100)

Badana cecha	**Uzyskane dane z dokumentacji**		
Prawidłowość przebiegu ciąży	Przebieg prawidłowy	Przebieg z powikłaniami	Brak adnotacji
	26%	72%	2%
Termin porodu	Poród > 38 tyg.	Poród w 33-38 tyg.	Poród ≤ 32 tyg.
	12%	64%	24%

Wykazano, że w zdecydowanej większości przypadków (72%) noworodki pochodziły z ciąży o zaburzonym przebiegu. Zaledwie 26% noworodków urodzonych było z ciąż pozbawionych powikłań a w 2% przypadkach nie ujawniono danych na ten temat. Rozwiązanie ciąży nastąpiło: u 12% powyżej 38. tygodnia ciąży, u 64% między 33 a 38 tygodniem ciąży, a u pozostałych 24% przedwcześnie, bo w 32. Hbd a nawet wcześniejszym tygodniu ciąży.

Tabela 2. Masowość zaburzeń, towarzyszących żółtaczce w okresie noworodkowym (n=100)

Badane zagadnienie	Uzyskane wyniki
Nietolerancja karmienia doustnego	32%
Niedobory wagowe	58%
Objawy niewydolności oddechowej	48%
Infekcje kikuta pępowinowego	8%
Zakażenia dróg moczowych	16%
Zmiany w obrębie pachwin i pośladków	10%
Inne stany zapalne	12%

W pytaniu z możliwością wielokrotnego wyboru odnośnie powszechności i rodzaju zaburzeń w okresie noworodkowym wykazano, że u przeszło połowy badanych istotny problem stanowiły niedobory wagowe (58%). U blisko połowy dzieci (48%) pojawiły się symptomy związane z upośledzeniem układu oddechowego. U wielu nowonarodzonych maluchów (32%) stwierdzono nietolerancję karmienia doustnego. Dość powszechną patologią wśród badanej populacji były zakażenia układu moczowego (16%) oraz stany zapalne w obrębie różnych układów (12%). W części dokumentacji odnotowano także niepokojące zmiany skórne w okolicy pachwin i pośladków dziecka (10%) oraz infekcje kikuta pępowiny (8%).

Tabela 3. Powszechność powikłań przy toksycznym poziomie bilirubiny (n=100)

Badane zagadnienie	Uzyskane wyniki
Opóźnienie rozwoju psycho - ruchowego	56%
Głuchota	6%
Trwałe uszkodzenia układu nerwowego	14%
Padaczka	2%
Mózgowe porażenie dziecięce	0%
Żadnych powikłań	44%

Analizując dane ze 100 losowo wybranych historii chorób małych pacjentów oddziału patologii wypunktowano, że znaczne stężenie poziomu bilirubiny u przeszło połowy noworodków doprowadziło do poważnych powikłań, w postaci:

- zaburzeń rozwoju psycho – ruchowego u 56%,
- uszkodzeń systemu nerwowego u 14%,
- głuchoty u 6%,
- padaczki (2%).

W dokumentacji zaledwie 44% dzieci nie odnotowano żadnych powikłań, towarzyszących żółtaczce patologicznej u noworodka.

- Analiza statystyczna – weryfikacja hipotezy

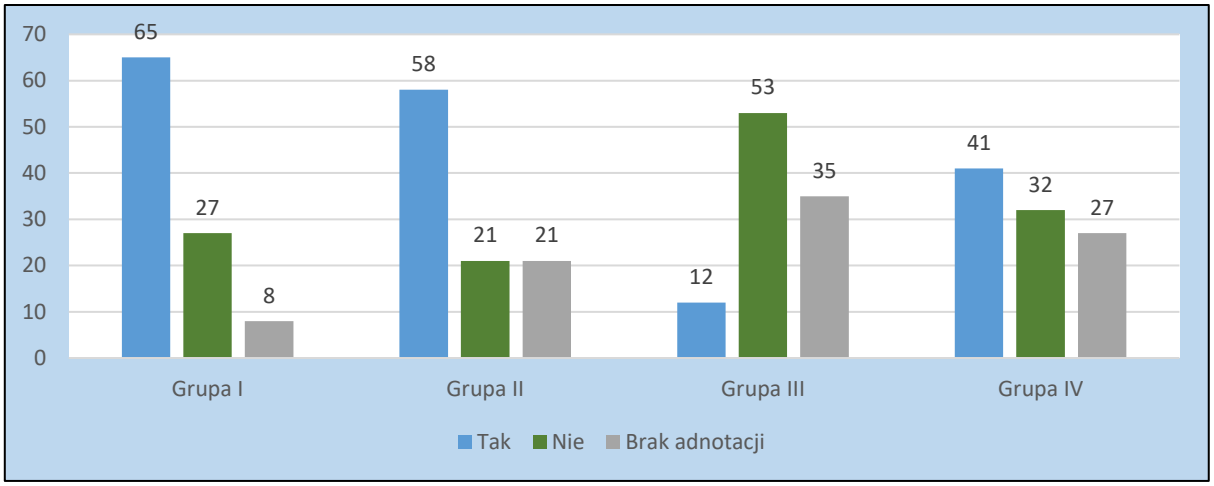
W przeprowadzonym procesie badawczym skupiono się na określeniu zależności przebiegu ciąży w stosunku do masy urodzeniowej dziecka, a także zbadaniu czy waga urodzeniowa u poszczególnych noworodków miała istotne przełożenie na powszechność występowania powikłań w okresie noworodkowym.

Tabela 4. Korelacja masy urodzeniowej dziecka z obecnością powikłań ciążowych oraz powikłań u noworodka (n=100)

Badane zagadnienie	n	r	t (N-2)	Poziom p
Zależność wagi urodzeniowej dziecka od częstotliwości powikłań ciążowych	100	0,294	3,048	0,003
Zależność wagi urodzeniowej od częstotliwości powikłań w okresie noworodkowym	100	0,203	2,053	0,043

n – liczba uzyskanych wyników, r – siła związku pomiędzy zmiennymi, t - wynik testu t-Studenta, p – poziom istotności statystycznej

Najwięcej czynników ryzyka powikłań w okresie wewnątrzmacicznym odnotowano w dokumentacji noworodków z wagą urodzeniową < 1000g, czyli w grupie I – 64,9%, dalej u dzieci z masą urodzeniową ≥ 1000 < 2000g (grupa II) – 58,3%, z masą urodzeniową ≥ 2500g grupa IV) – 41,1%, a w najmniejszym stopniu w grupie dzieci z wagą urodzeniową ≥ 2000 < 2500g (grupa III) – 11,8%.



Rycina 1. Procentowy rozkład powiązania masy ciała dziecka z powikłaniami w okresie ciąży (n=100)

DYSKUSJA

Żółtaczka pojawiająca się u większości nowonarodzonych dzieci to najczęściej fizjologiczny stan przejściowy, charakteryzujący się łagodnym przebiegiem. Jednak z powodu niezwykłej toksyczności bilirubiny, żółtaczka u noworodka musi być monitorowana i kontrolowana w celu identyfikacji nadmiernej hiperbilirubinemii, ryzyka uszkodzenia OUN, rozwoju encefalopatii bilirubinowej lub kernicterus. Dlatego tak istotny jest pomiar stężenia bilirubiny w surowicy dziecka po urodzeniu oraz przed opuszczeniem oddziału szpitalnego. Potwierdzenie tej zasady można zauważyć w autorskim projekcie badawczym, dotyczącym analizy częstości i okoliczności występowania żółtaczki u noworodków hospitalizowanych w Oddziale Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, na przestrzeni 2019 i 2020 roku [1, 2, 3, 4].

Analizując dokumentację medyczną 100 noworodków podzielonych na cztery grupy, uwzględniające masę urodzeniową, próbowano ocenić znaczenie wybranych czynników, predysponujących do rozwoju żółtaczki patologicznej. W ramach sondażu i analizy statystycznej danych, wykazano istotną korelację wagi urodzeniowej dzieci w stosunku do liczby powikłań w okresie noworodkowym. Najczęściej powikłania diagnozowano u dzieci z niską wagą urodzeniową < 1000g, czyli w grupie I – 66,3% oraz w grupie II (≥ 1000 < 2000g) – 46,2%. Podobne zależności wykazano w odniesieniu do liczby czynników ryzyka rozwoju powikłań w okresie wewnątrzmacicznym w stosunku do wagi urodzeniowej. Najwięcej czynników ryzyka odnotowano w dokumentacji noworodków z niską masą urodzeniową (< 1000g – 64,9%; ≥ 1000 < 2000g - 58,3%).

W zdecydowanej większości przypadków (72%) noworodki pochodziły z ciąży o zaburzonym przebiegu, które aż w 56% przypadkach wymagały rozwiązania za pomocą cięcia cesarskiego.

Podobnymi spostrzeżeniami dzielą się Wójtowicz i Duda – Biernacka badając populację 3071 osób i oceniając prawdopodobieństwo wystąpienia małej urodzeniowej masy ciała (< 2500g) wśród noworodków, w zależności od liczby czynników ryzyka w okresie przedkoncepcyjnym. Badacze wykazują, że kondycja zdrowotna i styl życia przyszłych rodziców oraz ich nawyki żywieniowe mają niebagatelny wpływ na rozwój i prawidłową wagę ciała dziecka po urodzeniu. Ich zdaniem, nie bez znaczenia jest też sposób rozwiązania ciąży, rzutujący na długość karmienia piersią czy ilość endorfin zawartych w mleku, wpływający na rozwój psycho – motoryczny i psychiczny dziecka. Niska masa urodzeniowa noworodka to ogromnie ważny problem neonatologii i perinatologii, mogący skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi dla malucha w chwili urodzenia lub w późniejszym jego rozwoju [6].

W badaniu własnym doskonale widać zależność masy urodzeniowej dzieci w odniesieniu do liczby zdiagnozowanych żółtaczek patologicznych. Największą powszechność żółtaczki patologicznej odnotowano w grupie dzieci z masą urodzeniową mieszczącą się w przedziale do 2000g (68%). Powyższe dane zgadzają się z badaniem przekrojowym Normana i wsp., identyfikującym i oceniającym związek pomiędzy rozpoznaniem u noworodka hiperbilirubinemii wymagającej leczenia (> 20 mg/dl), a zmiennymi dotyczącymi matki (pochodzenie, stan zdrowotny, wiek), położniczymi czynnikami ryzyka (przebieg ciąży, rodzaj porodu) oraz danymi dotyczącymi noworodka (waga, płeć). Największy odsetek dzieci z hiperbilirubinemią zaobserwowano wśród noworodków urodzonych przed ukończeniem 38 tygodnia ciąży, dzieci z niską masą urodzeniową, które przyszły na świat metodą cięcia cesarskiego. Autorzy podkreślają także istotne znaczenie żywienia noworodka: częste i wczesne karmienie piersią zmniejsza ryzyko znaczącej hiperbilirubinemii, natomiast niedostateczne karmienie mlekiem matki je zwiększa [7].

Wnikliwa edukacja rodziców w zakresie rozwoju i pielęgnacji małego dziecka to idea przewodnia, mogącą zapobiec nieprawidłowościom i powikłaniom w rozwoju wielu dzieci [8].

WNIOSKI

1. Wykazano, że w zdecydowanej większości przypadków (72%) dzieci pochodziły z ciąży o zaburzonym przebiegu, a zaledwie 26% z ciąży bez powikłań, w 2% przypadkach nie ujawniono danych na ten temat. Rozwiązanie nastąpiło u 12% powyżej 38 tygodnia ciąży, u 64% między 33, a 38 tygodniem ciąży, a u pozostałych 24% przedwcześnie, bo w 32, a nawet wcześniejszym tygodniu ciąży.
2. Wśród najczęstszych zaburzeń okresu noworodkowego odnotowano: niedobory wagowe (58%), u blisko połowy dzieci (48%) pojawiły się symptomy związane z upośledzeniem układu oddechowego. U wielu noworodków (32%) stwierdzono nietolerancję karmienia doustnego. Dość powszechną patologią wśród badanej populacji były zakażenia układu moczowego (16%) oraz stany zapalne w obrębie różnych układów (12%). W części dokumentacji odnotowano także niepokojące zmiany skórne w okolicy pachwin i pośladków dziecka (10%) oraz infekcje kikuta pępowiny (8%).
3. Znaczne stężenie poziomu bilirubiny u przeszło połowy noworodków doprowadziło do poważnych powikłań, w postaci: zaburzeń rozwoju psycho – ruchowego u 56%, uszkodzeń systemu nerwowego u 14%, głuchoty u 6%, padaczki (2%). W dokumentacji zaledwie 44% dzieci nie odnotowano żadnych powikłań, towarzyszących żółtaczce patologicznej u noworodka.

Odpowiedzi na hipotezy badawcze:

1. Potwierdzono statystycznie, że w okresie noworodkowym rozpoznano najwięcej powikłań zdrowotnych wśród noworodków o skrajnie niskiej masie urodzeniowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Salamończyk M., Dmoch-Gajzlerska E., Łozińska-Czerniak A.: Neonatologia. Praktyczne umiejętności w opiece nad noworodkiem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
2. Klepaczka B.: Rola położnej w opiece nad noworodkiem z żółtaczką fizjologiczną oraz jego rodzicami. Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi 2019; 7: 16-18.

3. Borszewska-Kornacka M.K., Tołłoczko J.: Żółtaczki okresu noworodkowego [w:] Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce, Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. PTN & Media Press, Warszawa 2015: 62.
4. Szczapa J.: Neonatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
5. Czyżewska M., Mazurak M., Paluszyńska D.: Neonatologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
6. Wójtowicz E., Duda-Biernacka B.: Czynniki ryzyka wystąpienia niskiej urodzeniowej masy ciała (LBW) dziecka – regresja logistyczna. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015; 21: 244–249.
7. Norman M., Aberg K., Holmsten K. et al.: Predicting Nonhemolytic Neonatal Hyperbilirubinemia. Pediatrics 2015; 136: 1087-1094.
8. Kryszk B., Kaliwoda B., Sybilski A. J.: Wpływ kształcenia w szkole rodzenia na postawy i zachowania zdrowotne jej słuchaczy. Problemy Lekarskie 2011; 47; 31–35.

PRZYGOTOWANIE, PIELĘGNACJA ORAZ WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE PACJENTÓW Z CHOROBĄ NOWOTWOROWĄ LECZONYCH METODĄ RADIOTERAPII – ROLA PIELĘGNIARKI

Anna Makar[1], Elżbieta Szlenk-Czyczerska[2]

1. SPZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego
2. Instytut Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe, zaraz po chorobach układu krążenia, zajmują czołowe miejsce na liście chorób cywilizacyjnych oraz stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce. Prognozy epidemiologiczne podkreślają, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat, nowotwory będą stanowić najczęstszą przyczynę zgonów na świecie. Choroba nowotworowa charakteryzuje się różnorodnością objawów powodując cierpienie chorego, nie tylko fizyczne, ale także psychiczne, społeczne i duchowe [1, 2].

Celem leczenia onkologicznego jest przywrócenie choremu dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego a także maksymalne wydłużenie życia oraz podniesienie jego jakości przy możliwie jak najniższym dyskomforcie związanym z proponowanym leczeniem [3].

Jedną z głównych metod leczenia przeciwnowotworowego jest radioterapia (RTH). Jest to miejscowa metoda leczenia nowotworów wykorzystująca energię promieniowania jonizującego [4]. Znajduje zastosowanie u 70% wszystkich pacjentów onkologicznych. Wykorzystywana jest jako metoda samodzielna lub skojarzona z chirurgią, chemioterapią i innymi metodami systemowego leczenia raka [5]. Radioterapia onkologiczna pozostaje nadal jedną z najprężniej rozwijających się metod leczenia onkologicznego. Radioterapia to wysokospecjalistyczne leczenie ukierunkowane na konkretny typ nowotworu, którego umiejscowienie i biologia determinują wybór odpowiedniej metody leczenia i sprzętu terapeutycznego [6].

Stosując różne kryteria, można dokonać podziału radioterapii w zależności od:

- rodzaju promieniowania jonizującego (elektromagnetyczne lub cząsteczkowe);
- energii promieniowania (konwencjonalne lub megawoltowe);
- lokalizacji źródła promieniowania względem pacjenta (teleterapia lub brachyterapia);

- wskazań terapeutycznych (radykalna, paliatywna, skojarzona z innym leczeniem);
- zasad frakcjonowania (konwencjonalne lub niekonwencjonalne) [7].

W zależności od lokalizacji źródła promieniowania względem chorego, RTH dzieli się na teleradioterapię i brachyterapię [6].

Zastosowaniu radioterapii w onkologii przyświecają dwa zasadnicze cele:

1. Uzyskanie całkowitego wyleczenia nowotworu (radioterapia radykalna, stosowana w mniej zaawansowanych nowotworach regionu głowy i szyi, klatki piersiowej, chłoniakach lub po wstępnej chemioterapii bądź leczeniu operacyjnym).
2. Złagodzenie objawów nowotworu lub opóźnienie jego wzrostu (radioterapia paliatywna, stosowana w przypadku miejscowo zaawansowanych nowotworów powodujących dolegliwości bólowe, "zespoły uciskowe" na ważne życiowo narządy w objawowych przerzutach do kości lub mózgowia) [6].

Radioterapia najczęściej wiąże się z długotrwałym i uciążliwym dla pacjenta procesem leczenia. Pacjenci objęci opieką na oddziale radioterapii często zmagają się z wystąpieniem wielu niepożądanych skutków ubocznych wynikających z zastosowanej terapii [7]. Pielęgniarka, będąca członkiem zespołu radioterapeutycznego pełni istotną rolę w edukacji, opiece oraz wspieraniu pacjentów [8].

ROZWINIĘCIE

Zastosowanie leczenia energią jonizującą wymaga specyficznego, wieloetapowego przygotowania chorego do tego leczenia. Obecność lekarza, pielęgniarki czy technika przy pacjencie, ich wiedza i doświadczenie mają ogromny wpływ na poczucie bezpieczeństwa oraz prawidłową jego adaptację do nowej sytuacji [2].

Jedną z pierwszych osób, z którą pacjent ma kontakt w momencie rozpoczęcia leczenia, jest pielęgniarka. To do jej zadań należy przekazanie pacjentowi informacji dotyczących toku przygotowania do terapii, przebiegu leczenia oraz ryzyka wystąpienia efektów ubocznych wynikających z zastosowanej terapii. Pielęgniarka przed podjęciem działań, które mają na celu przygotowanie chorego do radioterapii, powinna ocenić deficyt wiedzy pacjenta z zakresu choroby oraz planowanego leczenia. Gromadzenie takich informacji znacząco wpływa na współpracę chorego z zespołem terapeutycznym. Różnorodność nazewnictwa oraz różnorakość

aparatury, a także zastosowanie technik radioterapii, może wywoływać u chorego lęk i złe nastawienie do proponowanego leczenia [9]. Toteż bardzo istotne w przygotowaniu pacjenta do terapii jest edukacja oraz wyjaśnienie wszelakich wątpliwości dotyczących leczenia. Działania edukacyjne zespół pielęgniarski realizuje bezpośrednio, poprzez indywidualne lub grupowe rozmowy z chorymi oraz za pośrednictwem różnorakich broszur, ulotek, poradników [9].

W czasie RTH chory powinien w sposób szczególny dbać o siebie, aby chronić swoje zdrowie i przyczynić się do powodzenia prowadzonej terapii. Dlatego przed rozpoczęciem leczenia należy zwrócić uwagę na następujące zasady:

- bezwzględny zakaz spożywania alkoholu (alkohol działa silnie drażniąco na śluzówki, przyczyniając się do nasilenia dolegliwości związanych z radioterapią oraz zaburza metabolizm organizmu);
- całkowity zakaz palenia papierosów (palenie może nasilać odczyn popromienny i pogarszać wyniki leczenia);
- dbałość o odpowiednią dietę;
- oszczędzający tryb życia (niewskazany jest duży wysiłek fizyczny, należy zadbać o wypoczynek w ciągu dnia i odpowiednio długi sen nocny, ale zaznaczyć należy, że RTH nie jest powodem do wyłączenia się z normalnego życia);
- w trakcie radioterapii można prowadzić normalne życie seksualne pod warunkiem stosowania skutecznej antykoncepcji;
- samodzielna radioterapia u zdecydowanej większości chorych nie ma wpływu na odporność i nie przyczynia się do występowania chorób infekcyjnych [10].

Pielęgniarka poprzez zdobycie zaufania, poświęcenie czasu, a także dzięki swojemu doświadczeniu i wiedzy zawodowej jest w stanie udzielić pacjentowi wyczerpujących informacji dotyczących postępowania podczas całego procesu związanego z leczeniem promieniami jonizującymi [9]. Opieka pielęgniarska nad pacjentem poddanym radioterapii prowadzona jest w oparciu o rozpoznane potrzeb i problemy pacjentów leczonych promieniami. Na podstawie rozpoznanych problemów pacjentów, dotyczących sfery biopsychospołecznej, pielęgniarka ustala plan opieki, włączając pacjentów i ich najbliższych do współpracy. Wiele efektów ubocznych wywoływanych przez szkodliwe działanie promieniowania jonizującego sprawia, że pielęgniarka pracująca na oddziale radioterapii, nastawiona jest na kontrolę tych efektów i systematyczne podejmowanie działań mających na celu ich łagodzenie [11].

Do obszaru działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych nad pacjentem leczonym energią promienistą zaliczyć należy wszystkie czynności wykonywane przez pielęgniarkę oraz właściwe postępowanie w odniesieniu do pacjenta, które to umożliwiają odpowiednie jego funkcjonowanie w sferze psychicznej i fizycznej. Ważnymi działaniami w tym obszarze są te, które:

- minimalizują lęk, strach, obniżają napięcie nerwowe, obawy, niepewność;
- ułatwiają przystosowanie i dają poczucie bezpieczeństwa;
- dają nadzieję oraz budzą zaufanie [9].

Przyjazna atmosfera oraz świadome działanie pielęgniarki w dużej mierze łagodzą objawy niepożądane i wyznaczają sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach podczas długotrwałego procesu leczenia. Do głównych zadań pielęgniarki należy zagwarantowania profesjonalnej zindywidualizowanej opieki choremu leczonemu promieniowaniem. W realizowaniu opieki nad pacjentem pielęgniarka wykorzystuje profesjonalną wiedzę i opiera się na procesie pielęgnowania. Sytuacja kliniczna każdego pacjenta jest inna, dlatego na podstawie trafnej diagnozy pielęgniarskiej należy podjąć konkretne działania, których celem jest poprawa funkcjonowania chorego [9].

W czasie długotrwałego leczenia pacjent może odczuwać wiele różnorodnych dolegliwości. Należą do nich: ból, wymioty, nudności, zmiany na skórze, brak apetytu, zaburzenia czynności jelit (biegunka, zaparcia), zapalenie błon śluzowych, utrata włosów oraz duszność i zmęczenie. Rolą pielęgniarki jest monitorowanie wystąpienia oraz szybkie opanowanie problemów, na które chory się skarży [9].

Działania, które mają na celu minimalizowanie objawów niepożądanych RTH należy wprowadzić już w dniu rozpoczęcia leczenia. Należą do nich:

1. Pielęgnacja skóry objętej leczeniem

Radioterapia w procesie penetracji skóry powoduje nieuniknione uszkodzenia nie tylko komórek nowotworowych, lecz także zdrowych komórek organizmu. W trakcie leczenia lub wkrótce po jego zakończeniu mogą wystąpić reakcje skórne w postaci: zaczerwienienia, ściągania, pieczenia, obrzęku, świądu, rumienia popromiennego, złuszczania na sucho lub na wilgotno.

Do oceny stopnia wczesnego skórnego odczynu popromiennego najczęściej stosuje się skalę RTOG/EORTC:

0˚ - skóra bez zmian,

1˚ - blady lub nieznaczny rumień, złuszczanie na sucho, zmniejszona potliwość skóry (Zdjęcie 1),

2˚ - słaby lub jasny rumień, „plamkowate" złuszczanie na wilgotno, umiarkowany obrzęk,

3˚ - zlewające się złuszczanie na wilgotno z wysiękiem, widoczny obrzęk (Zdjęcie 2),

4˚ - owrzodzenie, krwotok, martwica [9].

Zdjęcie 1. Odczyn popromienny na sucho

Źródło: materiały władne

Zdjęcie 2. Odczyn popromienny na wilgotno

Źródło: materiały własne

Zadaniem pielęgniarki jest wyjaśnienie choremu sposobu pielęgnacji i zasad higieny miejsca objętego naświetlaniem. Wykluczone jest moczenie miejsc naświetlanych oraz ich golenie. Skórę można myć letnią wodą (najkorzystniej stosować prysznic), bez zapachowych produktów kosmetycznych. Delikatnie poprzez dotyk osuszać miękkim ręcznikiem. Do pielęgnacji skóry zaleca się stosowanie preparatu pielęgnacyjnego (nanosić cienką warstwę preparatu kilkakrotnie w ciągu dnia). Mogą to być środki w postaci aerozoli lub maści, np. Alantan, Bepanthen, Linowa, RadioProtect, ChemoDry B6, Oncoya. Skórę okolicy naświetlanej należy traktować bardzo delikatnie, nie dopuszczać do jej uszkodzenia, nie drapać, nie naklejać plastrów. W miejscach naświetlanych, w trakcie i po terapii, zabronione jest wykonywanie iniekcji. Zaleca się systematyczne wietrzenie okolicy naświetlanej poprzez bezpośredni dostęp powietrza oraz noszenie luźnej, przewiewnej, z naturalnych włókien odzieży. Szczególnie należy kontrolować okolice fałdów skórnych, gdzie pielęgnowanie jest utrudnione. Pacjentowi należy uświadomić, że nie wolno nagrzewać ani też schładzać obszarów ciała objętych leczeniem, a w związku z tym stosować termoforów, poduszek elektrycznych,

zimnych okładów oraz gorących kompresów, a także nie eksponować okolicy naświetlanej na promieniowanie słoneczne, wiatr czy mróz [9, 10].

2. Pielęgnacja błony śluzowej jamy ustnej w obszarze naświetlanym

Podczas radioterapii okolicy głowy i szyi na pierwszy plan wysuwają się objawy związane z ostrym popromiennym uszkodzeniem (zapaleniem) błony śluzowej. W obrazie klinicznym objawia się ono zaczerwienieniem różnego stopnia, zmianami zapalnymi, pojawieniem się włóknikowatych nalotów, zmatowieniem, wysuszeniem (uczucie suchości), obrzękiem, krwawieniem. Dominującym objawem jest kandydoza jamy ustnej i gardła. Cechą charakterystyczną tego zakażenia jest pokrycie kącików ust, podniebienia miękkiego, dna jamy ustnej i języka białawym lub czerwonawym nalotem. Pacjenci napromieniani odczuwają trudności w przełykaniu oraz zaburzenia smaku ze względu na suchość ust i gardła. Procesy patologiczne w obrębie jamy ustnej wpływają na pogorszenie komfortu życia pacjentów, powodując trudności w połykaniu, zaburzenia w odżywianiu, a w konsekwencji doprowadzając do wyniszczenia organizmu [10, 11, 12]. Należy podkreślić, że to właśnie pielęgniarki wnoszą istotny wkład w opiekę wspomagającą pacjentów z rakiem głowy i szyi poddawanych leczeniu radiologicznemu [13].

Zadaniem pielęgniarki jest wnikliwa obserwacja pacjenta pod kątem stanu błony śluzowej jamy ustnej, weryfikacja stosowania się do zaleceń, spożywania posiłków oraz ocena dolegliwości bólowych związanych z zastosowaną terapią. W trakcie RTH regionu głowy i szyi zaleca się szczególną dbałość o higienę śluzówek jamy ustnej i uzębienia. Istotne znaczenie ma prawidłowe czyszczenie zębów miękką szczoteczką po każdym posiłku, z uwzględnieniem przestrzeni międzyzębowych, które należy czyścić nitką dentystyczną. Przed rozpoczęciem radioterapii zalecana jest wizyta u stomatologa. W przypadku konieczności ekstrakcji zęba wskazany jest czternastodniowy okres oczekiwania celem wygojenia rany [9]. Czasem konieczne może być czasowe odstąpienie od korzystania z protez zębowych.

Pacjentom, którzy odczuwają trudności w przełykaniu oraz występują u nich zaburzenia smaku oraz kserostomia, ulgę przynosi płukanie jamy ustnej zaleconą przez lekarza mieszanką, płynami nawilżającymi oraz picie siemienia lnianego, oliwy z oliwek. Chory może żuć gumę lub ssać bezcukrowe cukierki, które pobudzają gruczoły do wytwarzania śliny. Do płukania stosuje się także roztwory elektrolitowe o działaniu nawilżającym i oczyszczającym błonę śluzową jamy ustnej, język oraz przełyk, np. Caphosol, Fomukal, Gargarin. W celu łagodzenia dolegliwości bólowych wykorzystuje się środki znieczulające błony śluzowe w postaci żelu lub spray-u np. lignocaina, a także mieszanki znieczulającej z anestezyną, na kilka minut przed

rozpoczęciem jedzenia. Suche potrawy, jak np. pieczywo chory może moczyć w mleku, kawie lub herbacie. W miarę narastania odczynu chorzy wymagają dostosowania odpowiedniej diety (mielonej, papkowatej, płynnej), która będzie uwzględniać niedobory białkowe i kaloryczne. Pacjent musi zrezygnować z pokarmów kwaśnych, pikantnych, zimnych lub gorących, twardych i ostrych. Nie może pić napojów gazowanych i alkoholu. Obowiązuje bezwzględny zakaz palenia papierosów, ponieważ palenie nasila ryzyko powikłań popromiennych. Zaleca się spożywanie posiłków częściej, w małych ilościach (5-6 posiłków dziennie) oraz wypijanie co najmniej 2 litrów płynów obojętnych (woda mineralna niegazowana, herbata). W zależności od rodzaju terapii, konieczne może być przygotowanie specjalnego jadłospisu na czas leczenia. Zapobieganie ubytkowi wagi ciała o więcej niż 10% stanowi kluczowy aspekt pielęgnacji pielęgniarskiej. Co tydzień niezbędna jest kontrola wagi ciała chorego. W przypadku znacznego nasilenia dolegliwości wprowadzana jest przerwa w naświetlaniu i parenteralne żywienia pacjenta. Czasem niezbędna jest interwencja chirurgiczna, czyli gastrostomia [9, 10, 12].

3. Pielęgnacja pacjenta podczas RTH stosowanej na okolicę śródpiersia

Do wczesnych objawów niepożądanych w czasie naświetlania śródpiersia można zaliczyć: złe samopoczucie, kaszel, nieznaczną duszność spoczynkową oraz wzrost ciepłoty ciała. Może zdarzyć się także zapalenie płuc, które skutkuje powstaniem zwłóknienia. Warto zaakcentować, iż zmiany te mogą wycofać się samoistnie lub też ustąpić pod wpływem leczenia farmakologicznego. Utrwalone natomiast zmiany włókniste nie poddają się leczeniu W fazie zaostrzeń objawów wskazane jest:

- naświetlenie pacjentowi przyczyn powstawania duszności i edukacja na temat sposobów postępowania w celu jej zmniejszenia (optymalne ułożenie w łóżku oraz ograniczenie do minimum wysiłku fizycznego);
- stosowanie tlenoterapii;
- wykonywanie inhalacji;
- utrzymanie w sali chorego odpowiedniego mikroklimatu;
- wyjaśnienie pacjentowi, że nie może palić tytoniu;
- stosowanie diety lekkostrawnej;
- zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa oraz w razie potrzeby udzielenie pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych i zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych [9].

4. Pielęgnacja pacjenta naświetlanego na okolicę klatki piersiowej

RTH ściany klatki piersiowej wiąże się z terapią nowotworu płuc oraz nowotworu gruczołu piersiowego. Podczas radioterapii klatki piersiowej, w wyniku leczenia nowotworu płuc, chory może odczuwać ból lub trudności w trakcie przełykania. Istnieje wysokie ryzyko wystąpienia skórnego odczynu popromiennego, a także pojawia się dyskomfort psychiczny i fizyczny związany z występowaniem kaszlu oraz duszności o różnym nasileniu [9, 10]. Po radioterapii istnieje ryzyko wystąpienia zmian włóknistych i zapalnych w płucach. Leczenie promieniowaniem jonizującym po amputacji piersi i operacji oszczędzającej pierś wiąże się z możliwością wystąpienia objawów niepożądanych w postaci ograniczenia ruchomości barku po stronie poddawanej radioterapii. Prócz tego, może pojawić się także obrzęk ramienia po stronie napromienianej, miejscowa bolesność, zmiany na skórze, świąd, pieczenie, złuszczanie na sucho lub niewielki wysięk [9].

Jeżeli radioterapia klatki piersiowej jest poprzedzona usunięciem guza piersi lub amputacją piersi, aby złagodzić dolegliwości prowadzonej terapii zaleca się:

- układanie ręki wysoko, najlepiej na klinie;
- ćwiczenia dłoni przy pomocy miękkich piłek i wałków;
- nieprzeciążanie ręki po stronie operowanej oraz chronienie jej przed skaleczeniem, pobieraniem krwi i iniekcjami;
- noszenie luźnej i przewiewnej bielizny z naturalnych tkanin;
- częste wietrzenie okolicy naświetlanej [9].

5. Pielęgnacja chorego podczas teleradioterapii przewodu pokarmowego

Odczyn popromienny w przewodzie pokarmowym wiążę się z uszkodzeniem nabłonka wyścielającego przewód pokarmowy. Uszkodzenie to może uwidocznić się w postaci stanów zapalnych i owrzodzeń. Istnieje ryzyko, że doprowadzą one do popromiennego zapalenia jelit, perforacji, zmian naciekających ścianę, zwężenie światła jelita, a w konsekwencji – do wyniszczenia organizmu. RTH obszaru jamy brzusznej pociąga za sobą takie dolegliwości, jak: nudności, wymioty, wzdęcia, brak łaknienia, dolegliwości bólowe, biegunki, wydalanie stolca z domieszką krwi lub śluzu. Możliwa jest również perforacja jelita i wytworzenie się przetoki [9, 10]. Dolegliwości związane z ekspozycją przewodu pokarmowego na promieniowanie można zniwelować stosując się do zaleceń, o których pacjenci są informowani przed rozpoczęciem leczenia. Niezwykle ważną rolę odgrywa ubogoresztkowa, bezglutenowa i bezmleczna dieta. Powinna ona być pozbawiona produktów wywołujących wzdęcia.

Wszystkie potrawy powinny być miękkie i łatwe do pogryzienia. Chory zobowiązany jest unikać potraw ciężkostrawnych i ostrych, nie może pić alkoholu i napojów gazowanych, natomiast powinien zwiększyć spożycie płynów obojętnych. Pacjentowi zaleca się stosowanie diety w trakcie i po zakończeniu radioterapii (3 miesiące) [12, 14].

6. Pielęgnacja pacjenta podczas terapii ośrodkowego układu nerwowego

Chorzy z nowotworem usytuowanym w ośrodkowym układzie nerwowym to specyficzna grupa osób leczonych RTH, ponieważ u większości z nich występują: niedowłady kończyn, zaburzenia pamięci, afazja, zaburzenia poznawcze oraz zaburzenia orientacji co do czasu i miejsca [9, 15]. Dlatego też należy zapewnić im profesjonalną opiekę pielęgniarską zgodną ze zdiagnozowanym deficytem w zakresie samoopieki. Z uwagi na brak możliwości procesów regeneracyjnych tkanki mózgowej, uszkodzenia popromienne OUN mogą nieść poważne skutki. Zaliczyć do nich można przede wszystkim:

- objawy obrzęku mózgu (bóle głowy, nudności, wymioty);
- zaburzenia widzenia i upośledzenie słuchu;
- zaburzenia pamięci, koncentracji oraz spowolnienie umysłowe,
- zaburzenia koordynacji ruchowej [9, 16].

Podczas napromieniania OUN stosuje się profilaktykę przeciwobrzękową. Niezbędna jest także wnikliwa obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia objawów obrzęku mózgu oraz wdrożenie działań wpływających na wyeliminowanie sytuacji zagrażających bezpieczeństwu pacjenta. Stosując się do wszystkich zaleceń, udzielanych przez zespół terapeutyczny, osoba poddawana radiacji, może uniknąć przykrych dla niej ubocznych efektów leczenia lub przynajmniej w znacznym stopniu je złagodzić [9].

7. Psychologiczne wsparcie pacjenta

Fakt rozpoznania nowotworu jest niezwykle trudnym problemem zarówno dla pacjenta, jak i jego rodziny. Znalezienie się w tak trudnej sytuacji życiowej, jaką jest choroba nowotworowa, nie sprzyja atmosferze spokoju, odpoczynku, pozytywnych przemyśleń. Chorzy zazwyczaj w przebiegu procesu leczenia nie ma możliwości percepcyjnego słuchania i przyjmowania wszystkich informacji, jakie w okresie tym są mu przekazywane przez personel medyczny [9]. Dlatego też, udzielanie wsparcia przez personel medyczny jest wysoce pożądane, zarówno w odczuciu pacjentów, jak również ze względu na przebieg leczenia,

szybkiego powrotu do zdrowia i pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Wsparcie to ułatwia pacjentowi przezwyciężanie negatywnych emocji, zmniejsza poczucie zagrożenia bezcennych wartości, tj. zdrowia i życia, ułatwia zdobywanie umiejętności radzenia sobie w sytuacji stresowej. Przy udzielaniu opieki medycznej konieczne jest wdrażanie efektywniejszych działań informacyjnych oraz wspieranie emocjonalne pacjentów w trakcie przebiegu całego procesu terapeutycznego. Wsparcie udzielane przez personel medyczny przyczynia się do wzbudzenia pozytywnych emocji u pacjentów i wpływa na podwyższenie poziomu jakości życia w chorobie [12].

Sieć wsparcia poza bliskimi tworzą pracownicy ochrony zdrowia, w tym zespół lekarzy, pielęgniarek, techników radioterapii, psychoonkolog, kapelan [11]. W toku realizacji procesu pielęgnowania szczególne znaczenie mają relacje międzyludzkie. Pożądany model relacji między pielęgniarką a pacjentem powinien mieć cechy relacji terapeutycznej, zaspokajającej potrzebę bezpieczeństwa i szacunku. Badanie dotyczące radzenia sobie z chorobą nowotworową przez młodych dorosłych wykazało, że wsparcie udzielane przez zespół pielęgniarski ma istotne znaczenie [17].

Szpital to miejsce, w którym chory zazwyczaj czuje się bezradny, opuszczony, a zatem zadaniem personelu medycznego jest stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i zaufania. Chory często poszukuje oparcia i informacji oraz ma potrzebę mówienia o swoich emocjach. Warunkiem dobrego poznania chorego jest nawiązanie z nim dobrego kontaktu [11].

Współcześnie w obszarze opieki onkologicznej priorytetowe staje się traktowanie osoby z chorobą nowotworową holistycznie – przez uwzględnienie w jej postrzeganiu aspektów biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych. Szczególny charakter mają relacje zachodzące w trakcie procesu pielęgnowania – pielęgniarka onkologiczna działa nie tylko w obszarze instrumentalnym, lecz także tworzy dla chorego środowisko opiekuńcze, towarzysząc mu od momentu diagnozy, poprzez leczenie, do momentu wyzdrowienia lub opieki paliatywnej i śmierci. Pacjenci z chorobą nowotworową mają szczególne potrzeby emocjonalne oraz poznawcze [11].

Pielęgniarki w swej praktyce zawodowej obok działań pielęgnacyjnych, świadczą również podstawową opiekę psychoonkologiczną. Ma ona ogromne znaczenie w medycynie w ogóle, a zwłaszcza w onkologii, gdyż wiele trudności, które przeżywa pacjent, ma podłoże psychiczne [18]. Pielęgniarka przez swoją łagodność, cierpliwość i wyrozumiałość uspokaja chorego, a niejednokrotnie zastępuje mu jego najbliższych. Zdobycie zaufania, poświęcenie czasu oraz wypracowanie pozytywnej relacji pielęgniarka – pacjent umożliwia rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i postawienie trafnej diagnozy pielęgniarskiej oraz podjęcie

działań adekwatnych do zapotrzebowania na opiekę [9]. Pacjent przychodzi do szpitala z bagażem doświadczeń i własnych opinii na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, skuteczności leczenia i możliwości rokowniczych. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem onkologicznym powinna być humanistką, winna być świadoma swej misji i odpowiedzialności za swoje czyny. Personel pielęgniarski na oddziale onkologicznym ma codzienny kontakt z osobami znajdującymi się w niezwykle trudnej sytuacji życiowej. Pacjent z chorobą nowotworową czuje się bezradny, niepewny, boi się bólu i cierpienia [12]. Umiejętne komunikowanie się z pacjentem, aktywne słuchanie go oraz okazywanie empatycznego zrozumienia jest bardzo ważnym elementem terapii. Cały zespół terapeutyczny w wykonywaniu zadań diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych i edukacyjnych powinien kierować się życzliwością, troską, stwarzać przyjazną atmosferę. Ta ekspresywna interakcja personelu medycznego z chorym służy wytwarzaniu więzi i pozyskaniu jego zaufania [18].

Warto zaznaczyć, że przygotowane pacjenta do leczenia powinno rozpocząć się właściwie w momencie postawienia diagnozy. Polega ono m. in. na informowaniu – dostarczenie takiego zakresu wiedzy, jakiego w danej chwili pacjent potrzebuje i jest w stanie przyswoić, oraz na psychoedukacji i wsparciu emocjonalnym [11]. Przed rozpoczęciem wykonywania czynności pielęgniarka informuje pacjenta o podejmowanych działaniach, celowości i istocie danego zabiegu, a także o potencjalnych efektach ubocznych, uzyskując jego zgodę na realizację procedury. Dobre przygotowanie pacjenta obniża poziom jego lęku, motywuje go i daje nadzieję na dobrą współpracę w procesie zdrowienia.

Najważniejszym narzędziem personelu medycznego w sprawowaniu psychofizycznej opieki nad chorym jest właściwa komunikacja z pacjentem. Trudno mówić o nawiązaniu dobrego kontaktu z pacjentem z jednoczesnym zachowaniem chłodnego, służbowego dystansu, bez wchodzenia z nim w ludzkie relacje, bez poznania go i nawiązywania terapeutycznej więzi, bez empatii. Ważne jest, by personel na co dzień miał świadomość, że swoim zachowaniem, postawą może zarówno uspokajać i wspierać pacjenta (jak i przeciwnie – potęgować jego istniejące obawy lub generować całkiem nowe cierpienia) by wierzył w moc słów, w znaczenie ich treści i tonu, w moc gestów, w konsekwencje ich braku, w terapeutyczną moc kontaktu z potrzebującym pacjentem [19].

PODSUMOWANIE

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową leczonym radioterapią jest wieloaspektowa. Obejmuje ocenę pacjenta, edukacją pacjenta i jego rodziny, wsparcie i doradztwo, opiekę fizyczną, ciągłość opieki, badania, a także działania administracyjno-organizacyjne.

PIŚMIENNICTWO

1. Didkowska J.: Epidemiologia [w:] Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J., Kordek R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2019: 36-42.
2. Marcina Hetnała. Radioterapia poradnik pacjenta https://centrum-radioterapii.pl/wp-content/uploads/2018/11/radioterapia.pdf (data pobrania 15.03.2022).
3. Strąg-Lemanowicz A., Leppert W.: Rola onkologicznego leczenia systemowego u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2014; 8 (1): 11-22.
4. Jham B.C., da Silva Freire A.R.: Oral complications of radiotherapy in the head and neck. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2006; 72 (5): 704-8.
5. Matkowski R., Ekiert M., Soter K.: Struktura opieki onkologicznej w Polsce [w:] Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J., Kordek R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2019: 133-140.
6. Leppert W., Nowakowska E.: Rola radioterapii w leczeniu objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: 33-47.
7. Dyczka J., Jassem J., Fijuth J.: Radioterapia nowotworów [w:] Onkologia podręcznik dla studentów i lekarzy, Jassem J., Kordek R. (red.). Wyd. Via Medica, Gdańsk 2019: 74-85.
8. Gosselin-Acomb T.K.: Role of the radiation oncology nurse. Seminars in Oncology Nursing 2006; 22 (4): 198-202.
9. Cichocka B., Dahms S., Króliczewska D. i wsp.: Opieka pielęgniarska w radioterapii [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 263-358.
10. Mazurkiewicz M., Moreń D., Woch K.: Ratioterapia. Informacje dla pacjenta. Wyd. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin 2011.

11. Szadowska-Szlechetka Z., Łuczyk M.: Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem leczonym radioterapią [w:] Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym, Ślusarska B., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 275-283.
12. Ceglarek D.: Opieka nad pacjentem leczonym napromieniowaniem [w:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Pasek M., Dębska G. (red.). Wyd. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2010: 9-16.
13. Wells M., Donnan P.T., Sharp L. et al.: A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 17 (11) :1428-39.
14. Paprota K.: Moja radioterapia. Informator dla pacjenta. Wyd. Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli, Lublin 2011.
15. Krzakowski M., Warzocha K.: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013.
16. Rymarowicz J., Bartosik-Psujek H.: Neurologiczne powikłania po radioterapii nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. Polski Przegląd Neurologiczny 2019; 15 (2), 88-95.
17. Cepuch G., Bereś S.: Radzenie sobie z chorobą nowotworową przez młodych dorosłych a znaczenie wsparcia od zespołu pielęgniarskiego. Psychoonkologia 2016, 20 (1): 27-36.
18. Kawecka-Dziembowska B.: Opieka psychologiczna w onkologii [w:] Pielęgniarstwo onkologiczne, Koper A. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 362-377.
19. Lesiak A., Pyk M., Zdziebło K., i wsp.: Umiejętność efektywnego komunikowania z pacjentem onkologicznym podstawą pracy pielęgniarki [w:] Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową, Pasek M., Dębska G (red.). Wyd. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011; 173-182.

PRAWIDŁOWE ŻYWIENIE I NIEDOŻYWIENIE U OSÓB STARSZYCH

Marzena A. Humańska[1], Katarzyna Betke[1], Danuta Ponczek[1], Klaudia Kawa[1], Anna Andruszkiewicz[1], Agnieszka Pluta[2]

1. Katedra Podstaw Umiejętności Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
2. Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego, Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WPROWADZENIE

Ludzie na całym świecie żyją coraz dłużej. W każdym kraju obserwuje się wzrost zarówno liczby, jak i odsetka osób starszych w populacji. Według obecnych szacunków, liczba osób w wieku 60 lat i starszych ma wzrosnąć z 901 milionów do 1,4 miliarda w skali globalnej w latach 2015-2030 i osiągnie prawie 2,1 mld do 2050 roku [1].

Dłuższe życie niesie ze sobą wiele możliwości, nie tylko dla osób starszych i ich rodzin, ale także dla całego społeczeństwa. Dodatkowe lata dają szansę na podjęcie nowych działań, takich jak dalsza edukacja, nowa kariera zawodowa lub długo zaniedbywana pasja. Osoby starsze wnoszą również na wiele sposobów wkład w życie swoich rodzin i społeczeństwa. Jednak zakres tych możliwości zależy w dużej mierze od jednego czynnika: stanu zdrowia [2, 3]. Jeśli ludzie mogą przeżyć te dodatkowe lata w dobrym zdrowiu i jeśli żyją we wspierającym ich środowisku, ich zdolność do robienia rzeczy, które cenią, będzie niewiele różnić się od zdolności młodszej osoby. Jeśli te dodatkowe lata zdominowane są przez spadek sprawności fizycznej i umysłowej, skutki dla osób starszych i dla społeczeństwa mogą mieć wydźwięk negatywny. Konsekwencją wydłużonego czasu trwania życia są problemy ekonomiczne, społeczne, które prowadzą do zmian dotyczących charakteru i zakresu problemów zdrowotnych dotyczących osób w wieku podeszłym [2].

ROZWINIĘCIE

W wieku starszym dochodzi do zmian we wszystkich układach narządowych organizmu, co może wiązać się ze złym funkcjonowaniem seniora w życiu codziennym. Bardzo dużą rolę ogrywa prawidłowe odżywianie się osób w wieku podeszłym. Zmiany w układzie pokarmowym u osób starszych dotyczą suchości w jamie ustnej, spowolnienia motoryki

żołądka, zmniejszenia kwasowości soku żołądkowego oraz zwolnienia perystaltyki jelit. Pojawiają się również bardzo często zaparcia i pogorszone wchłanianie substancji pokarmowych spowodowanych zmniejszoną liczbą kosmków jelitowych. Zmniejszeniu ulega również masa wątroby nawet o 30% i jej zdolność do regeneracji w przypadku uszkodzenia [4]. Proces starzenia prowadzi również do upośledzenia tolerancji węglowodanów, wiąże się to ze zmniejszeniem ilości insuliny i wzrostem insulinooporności tkanek [5]. Procesowi starzenia się towarzyszy wzrost stężenia insuliny na czczo i poposiłkowego stężenia insuliny w osoczu. Insulina, jako główny regulator metabolizmu glukozy, działa również jako hormon sytości. Zmniejszona tolerancja glukozy i podwyższone stężenie insuliny w okresie starzenia się mogą przyspieszyć rozwój anoreksji. To działanie insuliny jest realizowane pośrednio przez wzmocnienie anoreksygennego sygnału leptyny do podwzgórza i hamowaniu wydzielania greliny [5, 6].

Prawidłowe odżywiane poprawia jakość życia, zapobiega chorobom wynikającym z niedoborów żywieniowych oraz zapobiega wtórnemu niedożywieniu, które jest spowodowane lub związane z inną chorobą. Przygotowywanie i spożywanie zdrowych posiłków mogą dawać poczucie bezpieczeństwa, niezależności, kontroli i panowania nad swoim otoczeniem oraz dają możliwość dokonywania wyboru pokarmu. Spożywanie posiłków w towarzystwie innych osób może zwiększać interakcje społeczne. Kiedy zwraca się uwagę na aspekty społeczne i psychologiczne, spożywanie pokarmu może poprawić stan odżywienia osoby w wieku podeszłym [7].

Dieta osoby starszej powinna być prowadzona indywidualnie w zależności od potrzeb oraz wymagań zdrowotnych i zarówno powinna zapobiec rozwoju chorób, które są zależne od niewłaściwej diety. Zapotrzebowanie na białko, witaminy i składniki mineralne powinny być dostarczane w zależności od zapotrzebowania organizmu. W diecie osób starszych istotną rolą jest niedoprowadzenie do przekarmienia bądź przeciwnie niedoprowadzenia do stanu niedożywienia, które będzie odpowiedzialne za rozwój choroby i doprowadzi do pogorszenia się stanu zdrowia [8, 9].

W diecie osoby starszej istotne jest określenie procentowego udziału tłuszczów, węglowodanów i białka. W zależności od płci, zapotrzebowanie kaloryczne dla kobiety wynosi 1750 kcal/dobę, a dla mężczyzny 1950 kcal/dobę. Zapotrzebowanie kaloryczne dla osób starszych w porównaniu do osób młodych obniża się o 30% i skutkuje to obniżeniem kaloryczności posiłków [8, 9, 10]. Zmniejszone zapotrzebowanie energetyczne dla populacji starszej wymaga opracowania indywidualnych zaleceń żywieniowych. Zanikanie masy mięśniowej oraz zmniejszenie rezerw ustroju i spowolnienie metabolizmu potęguje

zapotrzebowanie na białko. Dla osoby starszej zapotrzebowanie na białko wynosi 1g/kg masy ciała w porównaniu dla osoby młodej zapotrzebowanie wynosi 0,8g/kg masy ciała [13]. Ilość białka powinna być kontrolowana w zależności od kondycji osoby w wieku starczym na przykład zwiększona. Wszystko zależy od tego czy dana osoba choruje, czy jest w dobrym zdrowiu. Nieodpowiednia ilość białka, tłuszczów i węglowodanów może przyczynić się do rozwinięcia niedożywienia białkowo-energetycznego. Egzogenne wielonienasycone kwasy tłuszczowe z grupy omega-3 powinny również znajdować się w diecie osób w wieku podeszłym. Przykładami produktów zawierających te kwasy są głównie ryby morskie jak na przykład: śledź, łosoś, halibut czy makrela. W przypadku węglowodanów dieta seniorów jest bogato urozmaicona tymi składnikami, co jest spowodowane ich łatwą dostępnością [11, 12].

W posiłkach osób starszych natomiast zalecane jest umiarkowane spożywanie węglowodanów złożonych oraz ograniczenie przede wszystkim węglowodanów prostych, które mogą przyczynić się do rozwoju cukrzycy. Wskazane jest urozmaicenie diety o pieczywo pełnoziarniste, owoce i warzywa, głównie w celu zwiększenia ilości przyjmowanego błonnika pokarmowego, który dla osób starszych mieści się w przedziale od 20-40g/dobę. W trakcie procesu starzenia się organizmu dochodzi do spadku całkowitej zawartości wody wraz z zaburzeniem uczucia pragnienia oraz w przebiegu stanów gorączkowych, biegunki czy chorób nerek może to doprowadzić do odwodnienia organizmu. Dla osoby starszej ilość przyjmowanych płynów wynosi 1ml/kcal pożywienia lub 30ml/kg masy ciała na dobę [13, 14].

Dochodzi również do obniżenia przyswajania przez organizm witamin i składników mineralnych. W związku z tym posiłki należy urozmaicić o owoce i warzywa, jak również wprowadzić suplementację, które zapewnią zapotrzebowanie na wyżej wymienione składniki. Należy również pamiętać o zapotrzebowaniu na wapń i fosfor, które znajdziemy w mleku i przetworach mlecznych, produktach zbożowych czy roślinach strączkowych. W celu prawidłowego przyswojenia wapnia i fosforu wymagana jest witamina D, w diecie osób starszych zapotrzebowanie na tą witaminę wynosi 2000j.m. na dobę. Konsekwencje jakie niesie niedobór witaminy D to ubytki w tkance kostnej, spowodowane zaburzeniem mineralizacji szkieletu. Postępujące zmiany w układzie pokarmowym wiążą się ze zmianami w żywieniu dla osób w podeszłym wieku. Wpływ na różnorodność diety mają również sytuacja ekonomiczna i przyzwyczajenia danej osoby. Zaburzone procesy poznawcze i zaburzenia pamięci wpływają znacznie na sposób odżywiania osób starszych. W związku z tym prawidłowe żywienie odgrywa kluczową rolę w zachowaniu prawidłowej sprawności umysłowej i fizycznej. Dieta powinna zawierać właściwe zapotrzebowanie na składniki odżywcze i być dostosowana do wieku danej osoby [16]. Dobrym narzędziem do wskazania osobie starszej prawidłowych

zachowań w kwestii żywienia i aktywności fizycznej jest Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Pozwala w przystępny sposób wskazać najważniejsze zasady żywienia, w celu zachowania dobrego zdrowia i ograniczenia rozwoju chorób cywilizacyjnych i związanych z postępującym starzeniem się organizmu. Zgodnie z zaleceniami WHO Piramida Żywienia wskazuje na wdrożenie do diety seniora owoców i warzyw, systematyczną aktywność fizyczną, co najmniej 30-45 minut dziennie. Wszystkie zasady żywienia i aktywność fizyczna należy dostosować do możliwości danej osoby i zgodnie z zaleceniami lekarza [14, 15].

Prawidłowe odżywianie odgrywa kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia. Chociaż większy priorytet jest skupiony na żywieniu dedykowanemu do obecnej epidemii otyłości. Na drugim końcu jest natomiast niedożywienie, które jest znaczącym problemem stwarzającym coraz większe problemy w naszej populacji geriatrycznej. Termin niedożywienie jest używany do opisu szeregu nieprawidłowości żywieniowych. Zazwyczaj odnosi się do niedożywienia białkowo- energetycznego, które występuje, gdy zapotrzebowanie metaboliczne przewlekle przekracza spożycie pokarmu, co skutkuje długotrwałym ujemnym bilansem zarówno energii, jak i białka [16]. Osoby starsze mają mniejsze zapotrzebowanie energetyczne i dlatego wymagają mniejszej ilości energii. Wynika to z obniżenia podstawowej przemiany materii, związanej z redukcją masy mięśniowej i zmniejszoną aktywnością fizyczną. Pomimo zmniejszonej ilości pożywienia wymaganej do uzyskania odpowiedniego zapotrzebowania energetycznego, zapotrzebowanie na białko i mikroskładniki odżywcze pozostają niezmienne przez całe życie. Istnieje wiele zmian, które zachodzą podczas procesu starzenia się, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia niedożywienia. Takimi zmianami w procesie starzenia się organizmu jest próchnica zębów i słabe uzębienie, jak również zmniejszona produkcja śliny [17]. Spadek wydzielania śliny może powodować trudności w rozpuszczeniu pokarmów i ograniczeniu ich interakcji z komórkami receptorów smakowych na języku. Kolejnym deficytem jest osłabiona sprawność zmysłów smaku, węchu, które przyczyniają się do zmniejszonego spożycia pokarmu, a także ma to negatywny wpływ na rodzaj spożywanego pokarmu, co zwykle skutkuje mniej urozmaiconą i bardziej monotonną dietą. Liczba kubków smakowych również ulega zmniejszeniu w trakcie procesu starzenia się, a pozostałe kubki smakowe zaczynają ulegać atrofii. Choroby, leki, palenie papierosów i niektóre czynniki środowiskowe mogą pogłębiać zmiany obserwowane w liczbie i funkcjonalności kubków smakowych. Osoby starsze często w pierwszej kolejności tracą smak słony i słodki. W związku z tym niektóre produkty nie mają smaku, co powoduje, że osoby starsze mogą wybierać smaczniejszą, ale niezdrową dietę. Dochodzi do spowolnienia opróżniania żołądka, zmniejszenia apetytu, które może prowadzić do anoreksji z powodu starzenia się [17, 18].

Warto również wspomnieć o grelinie czyli hormonie głodu, jest hormonem obwodowym pobudzającym łaknienie. Jest uwalniany w sposób pulsacyjny przez komórki greliny wbudowane w błonę śluzową przewodu pokarmowego znajdującego się w żołądku. Niewiele jest dostępnych danych na temat zmian dynamiki wydzielania greliny w procesie starzenia się. Wydaje się jednak, że równoczesny wzrost stężenia leptyny i insuliny może być skorelowany ze zmniejszoną wrażliwością na grelinę u starszych osób. Podobnie, jak w przypadku greliny, zaobserwowano zmiany w dynamice cholecystokininy (CCK). CCK jest prototypem hormonu sytości i jest uwalniana przez proksymalną część jelita cienkiego w odpowiedzi na dostarczenie składników odżywczych, głównie białka i lipidów. Sugeruje się potencjalną rolę zmodyfikowanej dynamiki CCK w przyczynie anoreksji u osób w wieku podeszłym. W innych badaniach wykazano również wzrost stężenia w surowicy peptydu PYY w późnej fazie poposiłkowej. Wysoki wzrost peptydu PYY może hamować chęć zjedzenia drugiego posiłku, co prowadzi do wydłużenia czasu między kolejnym posiłkiem. W konsekwencji połączone działanie CCK i PYY przekazuje podwzgórzu ważne sygnały anoreksygenne. Leptyna jest dodatkowym hormonem, który ma istotną rolę w patogenezie anoreksji wieku starczego [17, 18].

Należy również wskazać o patologicznych trudnościach w połykaniu związanych z zaburzeniami neurologicznymi, jak również dotyczy to chorób przewlekłych powodujących zwiększony wydatek energetyczny, np.: przewlekła obturacyjna choroba płuc i inne stany zapalne. Ryzyko wystąpienia niedożywienia również może wystąpić przy zanikowym zapaleniu błony śluzowej żołądka, przy refluksie, nowotworze złośliwym. Kolejnym czynnikiem w rozwoju niedożywienia jest upośledzenie funkcji poznawczych. Związek pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych a niedożywieniem jest wieloczynnikowy. Słaba pamięć prowadzi do zapominania o posiłkach lub pójścia do sklepu. Trudności z sekwencjonowaniem i koordynacją utrudniają fizyczną czynność jedzenia. Agitacja i „wędrówki" będą zwiększać zapotrzebowanie energetyczne [18].

Niedożywienie możemy podzielić zgodnie z etiologią na trzy typy [17,18]:

1. Energetyczne (marasmus), które rozwija się na skutek długotrwałego zaprzestania podaży energii;
2. Białkowe (kwashiorkor) jest następstwem niewystarczającej podaży białka w diecie lub stresu katabolicznego, które występuje w infekcjach i towarzyszy rozległym urazom;
3. Mieszane, tj. Białkowo- energetyczne (pem- protein energy malnutrition), które jest charakterystyczne dla ostrych lub przewlekłych stanów chorobowych.

Doprowadzając organizm do niedożywienia obserwujemy atrofię mięśni szkieletowych, spadek odporności immunologicznej, rozrost przestrzeni pozakomórkowej, doprowadzając do powstawania obrzęków, trudności z gojeniem się ran, zwiększoną podatność na powstanie odleżyn. Zauważalny jest spadek aktywności fizycznej, obserwujemy również u osoby niedożywionej apatię, znużenie i hipotermię. W diecie osób starszych stwierdza się obniżoną wartość kaloryczną posiłków, niedobory witamin i składników mineralnych, zbyt niską podaż węglowodanów. Pogorszenie jakości życia osób w wieku podeszłym, w połączeniu z niedożywieniem uznawany jest za czynnik zwiększający podatność na zachorowanie i zwiększenie wskaźnika śmiertelności [18, 19].

Utrata masy ciała prowadzi nie tylko do utraty tłuszczu, ale również mięśni i kości. Zwiększa to skłonność do upadków i złamań. Utrata tkanki tłuszczowej zwiększa potencjalną toksyczność leków rozpuszczalnych w tłuszczach, a zmniejszenie stężenia albumin wpływa na toksyczność leków związanych z białkami. Często utrata masy ciała jest zwiastunem ukrytej choroby, która jeśli zostanie wykryta wcześniej, może być uleczalna [20, 21]. Nierozpoznane i nieleczone niedożywienia prowadzi to do poważnych konsekwencji. Podstawą w postępowaniu z chorym niedożywionym jest rozpoznanie, czyli wprowadzenie odpowiednich procedur diagnostycznych i wdrożenie terapii celowanej. Uświadamia nam to, jak ważne jest zrozumienie problemu i jego diagnozowanie w codziennej praktyce [19, 20, 22].

Systematyczna ocena stanu odżywienia u osoby w wieku podeszłym stanowi podstawowe działanie, która zapobiegnie groźnym powikłaniom. Trudność stwarza opracowanie modeli żywieniowych dla osób w wieku podeszłym, które jednocześnie pozwolą zapewnić potrzeby ekonomiczne, zwyczajowe jak również smakowe i będą zgodne z zaleceniami racjonalnego żywienia. Seniorzy powinni prowadzić swoją dietę tak jak wskazuje Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Należy również określić zapotrzebowanie na poszczególne składniki odżywcze i na płyny oraz upewnić się czy nie występują ewentualne niedobory. Warto obliczyć indywidualne zapotrzebowanie kaloryczne. Uważa się, że dla tej grupy wiekowej należy dostarczyć większą ilość kalorii: 25-30kcal/kg/dzień dla kobiet i 30-35 kcal/kg/dzień dla mężczyzn. Leczenie niedożywienia powinno się zacząć od podawania wysokokalorycznego pokarmu. Przyrządzone posiłki powinny wyglądać apetycznie i powinny być podawane w miłej i spokojnej atmosferze sprzyjającej ich konsumowaniu. Warto również urozmaicić dietę w żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, która dostarczy wszystkich składników odżywczych w odpowiednich ilościach i proporcjach. Żywność ta może być w formie płynnej lub sproszkowanej wymagającej rozpuszczenia. Pozwala dostarczyć skoncentrowaną ilość kalorii

w małej objętości. W przypadku nietolerancji na jakikolwiek ze składników obecne są na rynku produkty pozbawione tych składników takich jak na przykład laktoza czy gluten. Może również zawierać dodatek lub zwiększone ilości wybranego składnika na przykład białko, czy jeden aminokwas [1, 2, 20].

Jeżeli wprowadzenie indywidualnej diety i urozmaicenie jej o żywność specjalnego przeznaczenia medycznego nie przynosi rezultatów, bądź stan pacjenta nie pozwala na samodzielne przyjmowanie pokarmów, należy rozważyć możliwość sztucznego odżywiania drogą enteralną- zgłębnik żołądkowy (krótkoterminowo), lub jejunostomia (długoterminowo), bądź drogą paraenteralną- odżywanie dożylne. Decyzje dotyczącą sztucznego odżywiania należy podejmować w odniesieniu do pacjenta jako indywidualnej jednostki, która zasługuje na poszanowanie godności i zrozumienie ze strony personelu medycznego [7, 21, 22].

PODSUMOWANIE

Dzięki zastosowaniu właściwej metody monitorowania stanu odżywienia i wczesnej identyfikacji pacjentów z grupy ryzyka możliwe będzie podjęcie odpowiednich działań w celu prewencji i leczenia, co będzie skutkowało poprawą jakości życia pacjentów z tej grupy wiekowej. Niedożywienie i ryzyko jego wystąpienia rośnie proporcjonalnie wraz ze wzrostem populacji osób starszych. Zaburzenia funkcji poznawczych mają istotny wpływ na wystąpienie niedożywienia u osób w wieku podeszłym. W celu oceny stanu odżywienia korzysta się z badań przesiewowych oraz badań złożonych, które ocenią stan odżywienia pacjenta. Należy pamiętać o konieczności opierania się na łącznej ocenie wyników z różnych metod diagnostycznych, z uwagi na brak pojedynczego kwestionariusza oceniającego stan odżywienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Lorenzo-López L., Maseda A., de Labra C. et al.: Nutritional determinants of frailty in older adults: asystematic review. BMC Geriatrics 2017;15;17(1): 108.
2. Rogala J., Kozak-Szkopek E.: Wiedza pielęgniarek na temat problemów geriatrycznych. Problemy Pielęgniarstwa 2012; 3: 338-345.
3. McLean A. J., Le Couteur D. D.: Aging Biology and Geriatric Clinical Pharmacology. Pharmacological Reviews 2004; 56: 163-184.
4. Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A.: Fizjoterapia w geriatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

5. Volkert D., Beck A. M., Cederholm T. et al.: ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition 2019; 38: 10-47.
6. Przybyszewska J., Żekanowska E.: Patogeneza zaburzeń gospodarki żelazowej u pacjentów z ciężkim niedożywieniem. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013; 94(1): 37-40.
7. Amarantos E., Martinez A., Dwyer J.: Nutrition and Quality of Life in Older Adults. Journals of Gerontology 2001; 56A: 54-64.
8. Filanowicz M., Wesołowski F.: Zaburzenia odżywiania u osób starszych ze szczególnym uwzględnieniem niedożywienia. Edukacja dla Bezpieczeństwa 2016; 3: 444.
9. Skokowska B., Dyk D.: Realizacja zapotrzebowania kalorycznego u chorych wpodeszłym wieku. Nowiny Lekarskie 2014; 82: 109.
10. Ogonowska- Słodownik A., Wajszczyk B.: Sposób żywienia kobiet powyżej 60 roku życia w zależności od podejmowania zorganizowanej aktywności. Żywienie Człowieka 2016; 43: 271-280.
11. Rosenthal T., Williams M.: Geriatria, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2009.
12. Kanikowska A., Swora-Cwynar E.: Niedożywienie w wieku podeszłym- niedoceniony problem kliniczny. Geriatria 2015; 9: 31-38.
13. Krzyszycha R., Marzec A.: Praktyczne wskazówki prawidłowego żywienia osób starszych. Gerontologia Polska 2015; 3: 89-100.
14. Jarosz M.: Żywienie osób w wieku starszym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
15. Jarosz M.: Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Instytut Żywności i Żywienia, 2019.
16. Fatyga P., Pac A., Fedyk-Łukasik M. et al.: The relationship between malnutrition risk and inflammatory biomarkers in outpatient geriatric population. European Geriatric Medicine 2020; 11: 383-391.
17. Cheah K., Illsley A.: What you need to know about malnutrition in older adults. Journal of Hospital Medicine 2020; 2; 81(9):1-8.
18. Przybyszewska J., Żekanowska E.: Patogeneza zaburzeń gospodarki żelazowej u pacjentów z ciężkim niedożywieniem. Problemy Higieny i Epidemiologi 2013; 94 (1): 37-40.

19. Ulatowska A., Bączyk G.: Ocena stanu odżywienia pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym, dokonana za pomocą skali MNA. Pielęgniarstwo Polskie 2016: 1(59): 30-36.
20. Mziray M., Żuralska R., Książek J., Domagała P.: Niedożywienie u osób w wieku podeszłym, metody jego oceny, profilaktyka i leczenie. Ann. Acad. Med. Gedan 2016; 46: 95-105.
21. Babiarczyk B.: Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko- i długoterminowej. Gerontologia Polska 2008; 16 (1): 18-24.
22. Morley J. E.: Undernutrition in older adults. Family Practice 2012; 29: 89-93.

PROBLEMY ZDROWOTNE WIEKU GERIATRYCZNEGO

Karolina Parafiniuk[1], Barbara Jankowiak[2]

1. Absolwentka Studiów I Stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Starzenie się jest biologicznym, jednokierunkowym, nieodwracalnym procesem zmian w organizmie polegającym na uszkodzeniu wszystkich jego funkcji, powodującym trudności w przystosowaniu się do zmian zachodzących w środowisku. Skutkiem tego jest zmniejszenie się wydolności organizmu oraz zwiększenie podatności na choroby [1, 2].

Starzenie się zależy od wielu czynników, między innymi: od zdrowia fizycznego, psychicznego, stylu i warunków życia człowieka. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) proces ten dzieli się na trzy fazy:

- faza wieku starszego od 65 do 74 roku życia,
- faza wieku starego – od 75 do 90 lat,
- faza długowieczności powyżej 90 lat [3].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za próg starości uważa przekroczony 65-ty rok życia [3]. Organizm człowieka wchodzi w okres starzenia, gdy osiąga 25-30 lat. Objawami tego procesu jest upośledzenie funkcjonowania poszczególnych komórek, tkanek, narządów i układów [4]. Oprócz normalnego (biologicznego) starzenia się wyróżnia się patologiczne starzenie polegające na wzmożonych zmianach w organizmie i mających związek z nagłym pogorszeniem się funkcjonowania organizmu spowodowanym wystąpieniem procesów chorobowych [5]. Pacjentowi geriatrycznemu przeważnie towarzyszy więcej niż jedna jednostka chorobowa. Często są to choroby przewlekłe, trwające kilka lat [6]. Starość może przedstawiać się w trzech perspektywach: biologicznej, psychologicznej bądź społecznej. Pierwsza z nich oznacza typowy proces zmian w organizmie wynikających z upływem lat człowieka. Mechanizm ten u każdego człowieka przebiega w indywidualny sposób (w różnym tempie) [6, 7]. Przebieg starzenia z psychologicznego punktu widzenia przejawia się zmianami w charakterze, sposobu odbierania bodźców emocjonalnych i życiu duchowym człowieka.

Następuje on na skutek przekształcania biologicznego, które ma miejsce we wszystkich narządach, przede wszystkim w mózgu. Osobie starszej często towarzyszą zaburzenia pamięci krótkotrwałej, a funkcje słuchu i wzroku są zaburzone, przez co utrudnione jest odbieranie bodźców z otoczenia. Środowisko zewnętrzne oraz każda jednostka osobowa ma wpływ na proces starzenia społecznego. Istotne znaczenie ma również rola, którą osoba starsza pełni w rodzinie, przeważnie jest to sprawowanie funkcji babci i dziadka. Osoby w wieku geriatrycznym, którzy posiadają wnuki, mogący pomóc w ich wychowywaniu czują się ważni i użyteczni. Utrzymywanie kontaktu z rówieśnikami umożliwiają miłe spędzanie czasu oraz zmniejszenie uczucia stresu [6]. Widocznymi zmianami w wyglądzie osoby starszej są głównie siwe włosy bądź łysienie, utrata uzębienia, wiotkość skóry, która przejawia się powstaniem zmarszczek, pojawia się większa ilość pieprzyków i znamion. Zmienia się postawa ciała, która charakteryzuje się pogłębioną kifozą piersiową, gdzie osoba starsza jest pochylona do przodu, przygarbiona i ma opuszczoną głowę [3].

ROZWINIĘCIE

Choroby wieku geriatrycznego

- **cukrzyca typu 2**

- według badań częstość zachorowania na cukrzycę rośnie wraz z wiekiem i w populacji osób po 65 roku życia wynosi ok. 25-30%; u pacjentów geriatrycznych jest trudna do rozpoznania i leczenia; leczenie polega na dostosowaniu i przestrzeganiu diety ubogiej w węglowodany, przyjmowaniu leków doustnych lub wstrzyknięć podskórnych insuliny [8];

- **nadciśnienie tętnicze**

- o nadciśnieniu tętniczym mówi się, gdy wartość ciśnienia skurczowego jest ≥ 140mmHg, a rozkurczowe ≥ 90mmHg; częstość zachorowań na tą chorobę rośnie wraz z wiekiem i w populacji po 65-tym roku życia wynosi ok. 75%; według badań częściej dotyczy ona kobiet (78%) niż mężczyzn (72%); czynnikami sprzyjającymi podwyższeniu ciśnienia tętniczego krwi jest otyłość, duża ilość spożywanej soli, mała aktywność fizyczna, alkohol; wraz z wiekiem naczynia krwionośne starzeją się, co skutkuje sztywnieniem i mniejszym zakresem ruchomości tętnic, zwiększa się opór naczyniowy, a funkcja śródbłonka pogarsza się; leczenie polega na przyjmowaniu leków hipotensyjnych, redukcji masy ciała, stosowanie diety ubogiej w sól i tłuszcze, a bogatej w białko, a także zwiększeniu aktywności fizycznej w miarę możliwości pacjenta [9];

- **choroby układu sercowo-naczyniowego (miażdżyca)**

- miażdżyca jest chorobą dużych i małych naczyń tętniczych, należy do przewlekłych chorób sercowo-naczyniowych i jest przyczyną choroby niedokrwiennej serca; mechanizm jej rozwoju polega na odkładaniu się lipidów w naczyniu i utworzeniu się blaszki miażdżycowej; czynnikami modyfikowalnymi są otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, hiperlipidemia, a także mała aktywność fizyczna; do czynników niemodyfikowalnych należą: wiek, płeć, dziedziczone geny [10];

- **udar mózgu**

- jest chorobą neurologiczną, która przejawia się nagłymi zmianami w czynności mózgowia, jednym z typów jest utrzymujący się nie dłużej niż 24 godziny (przemijający udar mózgu – TIA); jedyną jej przyczyną jest defekt naczyniowy (zamknięcie lub zwężenie światła naczynia krwionośnego, pęknięcie tętnicy mózgowej lub tętniaka); udar mózgu można podzielić na niedokrwienny (występuje częściej) lub krwotoczny; schorzenie to skutkuje niedowładem lub porażeniem kończyn, zaburzenia mowy, czucia, pamięci i widzenia (pacjent widzi tylko jednym okiem, patrząc na wprost nie dostrzega obiektów znajdujących się z boku – niedowidzenie połowicze jednoimienne) [11];

- **problemy z nietrzymaniem moczu i/lub stolca, niewydolność nerek**

- problemy z nietrzymaniem moczu i stolca są spowodowane zaburzeniem funkcji zwieraczy, według danych problem ten dotyczy około 40% osób starszych (nietrzymanie moczu), a 6% są to osoby z zaburzoną funkcją zwieraczy odbytu; w celu polepszenia funkcji mięśni stosuje się farmakoterapię oraz ćwiczenia rehabilitacyjne; w wyjątkowych sytuacjach wykonywany jest zabieg chirurgiczny; problem ten częściej towarzyszy kobietom [12]; częstą przyczyną osłabienia tych mięśni są leki przyjmowane przez pacjenta, np. leki moczopędne, alfa-blokery, beta-antagoniści, neuroleptyki, leki nasenne czy antycholinergiczne [13]; leczenie zaburzonej funkcji zwieraczy odbytu polega na usunięciu mas kałowych przez wykonanie wlewki doodbytniczej, dostosowanie odpowiedniej diety pacjentowi, zwiększenie aktywności fizycznej oraz wdrożenie właściwej farmakoterapii i zapobieganie biegunkom;

- **choroba zwyrodnieniowa stawów**

- jest najczęstszą chorobą przewlekłą układu ruchu, która charakteryzuje się uszkodzeniem powierzchni stawowych i upośledzeniu ich funkcji przejawiających się zmniejszeniem ruchomości stawów; postępująca choroba może doprowadzić do całkowitego zaprzestania funkcjonowania tego narządu i niepełnosprawności; w celu minimalizowania objawów i dalszego jej rozwoju stosuje się leczenie farmakologiczne [14];

- **osteoporoza**

- jest chorobą układu szkieletowego polegającą na zmniejszeniu gęstości oraz osłabieniu struktur przestrzennych kości co prowadzi do zwiększonego ryzyka złamań tych narządów; najczęściej występuje u kobiet po menopauzie; do objawów tej choroby należą najczęściej złamania trzonów kręgów kręgosłupa, złamania szyjki kości udowej i dystalnej części kości promieniowej oraz złamania niskoenergetyczne, polegające na złamaniu pod wpływem siły, która nie łamie zdrowych kości, do tego typu uszkodzenia kości należy np. upadek z wysokości własnego ciała; leczenie polega na zapobieganiu złamaniom, suplementowaniu witaminy D3 (osoby po 65-tym roku życia 800-2000 j.m. dziennie), wapnia (1200-1500 mg/dobę) oraz parathormonu, zwiększenie aktywności fizycznej, przyjmowanie leków przeciwresorpcyjnych i stymulujących tworzenie tkanki kostnej, przeprowadzanie rehabilitacji po złamaniach, spożywanie dużej zawartości wapnia oraz terapia bólu w celu zwiększenia komfortu życia [15];

- **niedożywienie lub otyłość**

- problem z nieprawidłowym odżywianiem się u osób w starszym wieku jest spowodowany zmianami w organizmie oraz czynnikami psychologicznymi, społecznymi i finansowymi; pacjentów z niedożywieniem można częściej spotkać w szpitalach i domach opieki, a z nadwagą – w środowisku domowym; innymi przyczynami zaburzeń odżywiania jest stosowana farmakoterapia, złe nawyki żywieniowe, brak wiedzy o diecie, a także znikoma aktywność fizyczna; problem ten może pogorszyć stan zdrowia pacjenta i prowadzić do śmierci [16];

- **depresja**

- jest chorobą psychiczną charakteryzującą się zaburzeniami emocjonalnymi oraz nastroju, przejawia się lękiem, strachem, niska samooceną, zmniejszonym apetytem, sennością lub bezsennością w nocy, myślami samobójczymi, jej objawy w znacznym stopniu mogą wpływać na niezdolność do pracy, komunikację międzyludzką oraz edukację; u osób w wieku geriatrycznym częstą przyczyną depresji jest utrata bliskiej osoby, samotność, kłótnie rodzinne, choroby, przyjmowane leki (np. hipotensyjne, nasercowe, przeciwbólowe), a także sytuacja finansowa [17], późno rozpoznana i nieleczona może prowadzić do pogorszenia stanu pacjenta oraz dłuższego powrotu do zdrowia [12];

- **otępienie - choroba Alzheimera**

- jest chorobą neurodegeneracyjną mózgu o powolnym przebiegu, głównymi jej objawami są: zaburzenia mowy i pamięci, trudności w wykonywaniu podstawowych czynności (np. ubieranie się, robienie zakupów), rozpoznawanie kształtów; czynnikami

predysponującymi do zachorowania na chorobę Alzheimera są: płeć żeńska, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespoły otępienne w rodzinie oraz mała aktywność fizyczna; w badaniach diagnostycznych stwierdza się zanik struktur mózgowych - kory czołowej oraz hipokampa; pacjenci mają trudności z rozpoznawaniem rodziny, odczuwają niechęć do wykonywania czynności higienicznych i zmiany bielizny, wykazują duże pobudzenie, np. przez nieustanne chodzenie, krzyk i agresję; w zaawansowanym stadium choroby osoby chore mają problem z chodzeniem oraz z pogorszoną funkcją zwieraczy, pacjenci potrzebują stałej opieki medycznej oraz ze strony rodziny; w celu minimalizowania symptomów choroby Alzheimera stosuje się leczenie objawowe; choroba ta jest nieuleczalna i rozwija się wraz z wiekiem [12, 18, 19];

- **choroba Parkinsona**

- jest chorobą nieuleczalną o wolnym, postępującym przebiegu neurodegeneracyjnym prowadzącym do niepełnosprawności, głównymi objawami tego schorzenia jest sztywność i drżenie spoczynkowe mięśni oraz niestabilność postawy i chodu, w leczeniu stosowane są leki przeciwdziałające obniżeniu dopaminy w jądrach podkorowych [12, 20, 21]; dodatkowymi objawami w chorobie Parkinsona jest zmęczenie, zaburzenie snu, demencja i depresja; dzięki stosowanemu leczeniu farmakologicznemu stan pacjenta może ulec polepszeniu [21];

- **odleżyny**

- to uszkodzenie skóry i tkanek leżących pod nią, które jest spowodowane długotrwałym, miejscowym uciskiem bądź tarciem, powstawaniu odleżyn sprzyja niewłaściwa higiena, brak zmiany pozycji ułożeniowej ciała, wilgoć, otyłość lub niedożywienie, choroba nowotworowa, zakażenie czy cukrzyca; ból wynikający z uszkodzenia skóry u pacjentów geriatrycznych może powodować pogorszenie jego stanu psychicznego; leczenie ran odleżynowych polega na stosowaniu specjalnych opatrunków [22];

- **upadki**, które mogą prowadzić np. do złamania głowy szyjki kości udowej

- zawroty głowy często przyczyniają się do upadków osób starszych, ponieważ wraz z wiekiem pogarsza się funkcjonowanie błędnika, który jest narządem równowagi, innym przykładem są schorzenia, np. choroba Parkinsona, udar mózgu, choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych i słaby wzrok, sytuacją zwiększającą ryzyko wystąpienia upadków jest stosowanie minimum pięciu leków w tym samym czasie oraz leków nasennych, uspokajających, hipotensyjnych czy psychotropowych; często upadki zdarzają się przez złe przystosowanie warunków środowiskowych do pacjenta; jednym z powikłań utraty stabilności jest złamanie głowy szyjki kości udowej, sytuacja ta w razie nieudzielenia pomocy na czas może doprowadzić do zgonu pacjenta [12, 23];

- **nowotwory**

- według badań zachorowalność na nowotwory rośnie w miarę upływu lat i wynosi ok. 60% u kobiet, a ok.70% u mężczyzn, najczęściej po 60-tym roku życia; według danych stan fizjologiczny osób starszych różni się od sytuacji populacji młodszej tym, iż osoba w wieku starszym często obciążona jest innymi chorobami oraz przez proces starzenia w jej organizmie zachodzi wiele zmian; przed rozpoczęciem leczenia pacjenta powinno się sprawdzić czy dana metoda będzie bezpieczna i skuteczna oraz należy zminimalizować ilość przyjmowanych leków, a także zaprzestać stosowania leków, których działania niepożądane mogą nasilać objawy chorób współistniejących [24];

- **zaburzenia wzroku i słuchu**

- wiek geriatryczny charakteryzuje się starzeniem się funkcjonowania narządów zmysłów – wzroku, słuchu, smaku, węchu; zmiany w prawidłowym działaniu tych receptorów są uzależnione od modyfikacji zachodzących w ośrodkowym układzie nerwowym i w narządach zmysłów; często charakterystyczną, nieodwracalną zmianą u pacjenta geriatrycznego jest wystąpienie dalekowzroczności, gdzie dochodzi do osłabienia zdolności akomodacji soczewki oraz mętnienie soczewki oka; zmiany zachodzące w narządzie słuchu w miarę procesu starzenia objawiają się łagodnym upośledzeniem słuchu typu odbiorczego, gdzie pacjent ma trudności w zrozumieniu mowy w miejscu hałaśliwym [25];

Osoby starsze cierpiące na więcej niż jedną chorobę zmuszeni są do konsultacji u kilku specjalistów, którzy często przepisują leki mające podobne działanie. Konsekwencją tego jest zwiększone ryzyko wystąpienia zespołów jatrogennych oraz dodatkowych problemów zdrowotnych. Takie sytuacje nieraz prowadzą do konieczności hospitalizacji [26].

Wielkie Zespoły Geriatryczne (WZG) to zbiór problemów zdrowotnych, które wraz z upływem czasu stopniowo ograniczają sprawność funkcjonalną i prowadzą do obniżenia jakości życia. Wraz z wiekiem narasta prawdopodobieństwo wystąpienia wszystkich problemów zespołu geriatrycznego. W celu zmniejszenia dolegliwości stosuje się leczenie objawowe. Często jeden wielki zespół geriatryczny prowadzi do wystąpienia kolejnych zespołów geriatrycznych, do których zaliczają się: upadki, trudności w poruszaniu się, zaburzenia wzroku i słuchu, depresja, otępienie, a także nietrzymanie moczu i stolca oraz niedożywienie. Sytuacje te charakteryzują się przewlekłym przebiegiem oraz trudnościami w leczeniu i efektem tego jest uzależnienie się osoby starszej od osób trzecich [26].

Rozpoznanie i diagnostyka chorób wieku podeszłego

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym oraz zintegrowanym procesem stosowanym przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów oraz pracownika socjalnego. Celem tej metody jest ustalenie problemów zdrowotnych i funkcjonalnych u pacjenta geriatrycznego. Każdy ze specjalistów opiekujących się podopiecznym ocenia go według własnych kompetencji zawodowych oraz obserwuje sprawność funkcjonalną lub analizuje COG. Dzięki temu możliwe jest zidentyfikowanie wszystkich jego potrzeb. Całościową Ocenę Geriatryczną powinno zaczynać się od badania stanu funkcjonalnego [27]. Dzięki obserwacji pacjenta pod kątem wyglądu, ubioru, sposobu zachowania i komunikacji specjaliści wyrabiają sobie pierwsze wrażenie o nim i jego ogólnym stanie zdrowia [28]. W celu ustalenia problemów pielęgnacyjnych u chorego, całościową ocenę geriatryczną kontynuuje się poprzez przeprowadzenie wywiadu, wykonanie badania fizykalnego, zlecenie badań laboratoryjnych i obrazowych.

Częstym postępowaniem specjalistów w dziedzinie geriatrii jest ocena pacjenta na podstawie skal, np.:

- **skala Barthel**, umożliwiająca weryfikację sprawności ruchowej chorych,
- **skala Tinetti**, służąca do oceny ryzyka upadków, maksymalnie chory może zdobyć 28 punktów, jeśli uzyska wynik poniżej 26 oznacza to zwiększone ryzyko upadków, a poniżej 19 – świadczy o pięciokrotnie większą możliwością upadku
- oraz **skala Norton,** szacująca możliwość rozwoju odleżyn [28].

Udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem geriatrycznym

Pielęgniarka środowiskowa (inaczej pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej) sprawuje opiekę nad osobami zarówno w dobrym stanie zdrowia, chorymi oraz niepełnosprawnymi w środowisku zamieszkania pacjenta. Jednym z zadań pielęgniarki opiekującej się podopiecznym jest edukacja pacjenta oraz jego rodziny na temat podstawowych czynności, jakie powinni wykonywać. Oprócz tego sprawuje też funkcje lecznicze, podaje leki zlecone przez lekarza, zakłada cewnik, zmienia opatrunki, zdejmuje szwy czy ustala dietę. Dzięki posiadaniu kompetencji zawodowych może pobierać materiały do badań laboratoryjnych. Ważnym zadaniem jest pomoc w rehabilitacji i polepszeniu sprawności pacjenta. Pielęgniarka sprawująca opiekę nad pacjentem leżącym w celu przeciwdziałania powstawania odleżyn, wykonuje drenaż ułożeniowy. Dzięki płaceniu składek na ubezpieczenie zdrowotne z Narodowego Funduszu Zdrowia każdy pacjent ma możliwość korzystania z jej usług za darmo. Pielęgniarka, wchodząc w środowisko domowe podopiecznego ma pogląd na

jego warunki mieszkaniowe, rodzinę przez co może określić z kim współpracuje, czy są to np. osoby uzależnione od używek [29].

Celem opieki geriatrycznej sprawowanej przez pielęgniarkę środowiskową jest polepszenie jakości życia pacjenta. Po wejściu do domu pacjenta, pielęgniarka może diagnozować, ustalać cel opieki, planować i realizować działania tylko w oparciu o prawa, które jej przysługują. Wykonywanie czynności, które nie są zlecone bez lekarza może wykonywać tylko pielęgniarka z ukończoną specjalizacją lub z odbytym kursem specjalistycznym. Pielęgniarka rodzinna w celu lepszego poznania sytuacji zdrowotnej pacjenta może przeprowadzić wywiad z jego rodziną, dowiedzieć się o chorobach, które wystąpiły u najbliższych. Oprócz sprawowania funkcji leczniczej, pielęgniarka wykonuje badanie fizykalne, wykonuje pomiary parametrów życiowych, tj. ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja i temperatura ciała. Pomocnymi metodami oceny stanu pacjenta są skale, np.:

- skala Barthel
- skala Norton
- skala VAS (oceniająca subiektywne uczucie bólu),
- oraz skala wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny.

Innym zadaniem pielęgniarki środowiskowej udzielanego wobec pacjenta geriatrycznego jest promowanie zdrowia. Ważnym punktem jest również nauczenie rodziny pacjenta towarzyszenie choremu przy czynnościach, których nie potrafi wykonać samodzielnie [29].

Pielęgniarka opieki długoterminowej zajmuje się pacjentami obłożnie chorymi, niepełnosprawnymi fizycznie i psychicznie, długotrwale unieruchomionymi lub z ograniczoną możliwością ruchu oraz z pacjentami z chorobami przewlekłymi, którzy nie kwalifikują się do hospitalizacji bądź nie chcą przebywać w ośrodkach opiekuńczych, ale wskazane jest im świadczenie usług pielęgnacyjno-leczniczych w miejscu zamieszkania chorego. Swoje działania pielęgniarskie prowadzi we współpracy z lekarzem i pielęgniarką POZ. Opiekę sprawuje w oparciu o proces pielęgnowania, stawia diagnozy, planuje i realizuje działania, ocenia skutki swoich starań. Podobnie, jak pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzi świadczenia pielęgnacyjno-lecznicze, higieniczno-pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, edukacyjne czy psychoterapeutyczne. Może pomóc w pozyskaniu sprzętu niezbędnego do opieki nad pacjentem geriatrycznym. Pielęgniarska opieka długoterminowa wymaga kompetencji, czyli wiedzy i umiejętności w sprawowaniu świadczeń pielęgnacyjnych w środowisku pacjenta. Ważnym elementem w sprawowaniu opieki nad pacjentem

geriatrycznym jest umiejętność komunikacji z nim oraz z jego rodziną. Duże znaczenie ma motywacja chorego do pracy fizycznej w celu zwiększenia jego sprawności [30, 31].

Do działań pielęgnacyjno-leczniczych prowadzonych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej należą np.: podawanie leków, podłączanie kroplówki, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych czy karmienie chorego przez zgłębnik żołądkowy, sondę, przetokę żołądkową i jelitową, pielęgnowanie rurki tracheotomijnej, zmiana opatrunków, zakładanie cewnika Foley'a. Świadczeniami pielęgnacyjnymi, które wykonuje pielęgniarka są: toaleta całego ciała, jamy ustnej, drzewa oskrzelowego przez odsysanie wydzieliny z rurki intubacyjnej bądź tracheotomijnej. Ponadto, pielęgniarka opieki długoterminowej może przeprowadzać z pacjentem oprócz ćwiczeń usprawniających - ćwiczenia oddechowe poprawiające wydolność funkcji płuc. Edukacja pacjenta i jego rodziny prowadzona jest w celu przygotowania ich do samoopieki i samopielęgnacji. Monitoruje parametry życiowe pacjenta przez pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji i temperatury ciała. Przy każdej wizycie u podopiecznego, powinna zwracać uwagę na wygląd i zachowanie pacjenta [30, 31].

Z jej świadczeń mogą skorzystać osoby, które według skali Barthel otrzymały 40 punktów lub mniej. Jednym ze skutków ubocznych chorób pacjentów długoterminowych jest ból, który może powodować u nich bezsenność, agresję, a nawet depresję. Opieka długoterminowa może być sprawowana w domach pacjentów, ośrodkach pomocy społecznej, które prowadzone są często przez organizacje pozarządowe, związane z kościołem oraz osoby prywatne. Pacjenci geriatryczni przebywający w tych instytucjach mają zapewnioną całodobową opiekę [31].

PODSUMOWANIE

Jedną z dziedzin medycyny jest geriatria, która zajmuje się diagnozowaniem, leczeniem oraz profilaktyką chorób u pacjentów powyżej 65-go roku życia. Osoby w wieku geriatrycznym często dotyka problem wielochorobowości, czyli występowania więcej niż jednej choroby. Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) stosowana jest w celu ustalenia zaburzeń zdrowotnych, potrzeb pacjenta oraz określenie dalszego leczenia, przeprowadzania rehabilitacji oraz pielęgnacji i zapewnienie opieki choremu. Dzięki współpracy lekarza specjalisty, pielęgniarek, fizjoterapeuty oraz psychologa możliwe jest ustalenie problemów fizycznych oraz psychicznych celem zwiększeniu wydolności fizycznej chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Wierzbicka J., Brukwicka I., Kopański Z., Rowiński J., Furmanik F.: Wybrane aspekty procesu starzenia się człowieka. Journal of Clinical Healthcare 2017, 2: 1-3.
2. Witowski J.: Charakterystyka procesu starzenia się [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 23-40.
3. Świderska M.: Obawy związane ze starością. Pedagogika Rodziny 2015, 5: 138, 140-141.
4. Żołądź J.A., Majerczak J., Duda K.: Starzenie się, a wydolność fizyczna człowieka. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011.
5. Zając-Lamparska L.: Psychologiczne koncepcje pomyślnego starzenia się człowieka. II-2012 – Międzynarodowy rok edukacji międzypokoleniowej, 2012, 89-91.
6. Łacheta B.: Zrozumienie starości. Stacja Opieki Caritas Archidiecezji Krakowskiej. Wydawnictwo Naukowe UPJPII, Kraków 2014.
7. Zalega T.: Starzenie się społeczeństwa – aspekt teoretyczny. Biologiczny wymiar procesu starzenia się i starości. Segment Osób w wieku 65+ w Polsce. Jakość życia – Konsumpcja – Zachowania konsumenckie. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2016.
8. Rymkiewicz E., Dzida G.: Cukrzyca typu 2 u chorych po 70. roku życia – aspekty wyrównania metabolicznego. Diabetologia Praktyczna. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Via Medica, 2018, 4: 102-106.
9. Grodzicki T., Gryglewska B., Tomasik T., Windak A.: Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym w wieku podeszłym. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego 2012, 20: 122-135.
10. Michalski P., Kosobucka A., Nowik M., Pietrzykowski Ł., Andruszkiewicz A., Kubica A.: Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiologica 2016, 11(6): 519-520.
11. Żulewska-Wrzosek J., Mężyk A.: Świadomość osób starszych na temat udaru mózgu [w:] Interdyscyplinarność w logopedii - konieczność czy nadmiar? Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Warszawa 2020, 252-254.

12. Malka A., Palczewska A., Kozikowska B., Szwarc-Woźniak J.: Wielkie problemy geriatryczne. Zeszyty NaukoweWyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży2013, 51: 57-68.
13. Styszyński A.,Kapicz U.: Nietrzymanie moczu i stolca, [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 297-306.
14. Materkowski M.: Skuteczne leczenie choroby zwyrodnieniowej stawów z zastosowaniem połączenia chondroityny i glukozaminy. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2021, 3(6): 239-241.
15. Galus K.: Układ ruchu; [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 264-296.
16. Ożga E., Małgorzewicz S.: Ocena stanu odżywienia osób starszych. Akademia Medycyny 2013,7: 1-5.
17. Filipska K., Pietrzykowski Ł., Ciesielska N., Dembowski Ł., Kędziora-Kornatowska K.: Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. Gerontologia Polska 2015, 4: 167-168.
18. Krajewska K.: Opieka pielęgniarska nad pacjentką w przebiegu choroby Alzheimera z wykorzystaniem ICNP. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2020, 3: 97-100.
19. Klich-Rączka A.: Otępienie [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 315-325.
20. De Micco R., Satolli S., Siciliano M., Di Nardo F., Caiazzo G., Russo A., Giordano A., Esposito F., Tedeschi G., Tessitore A.: Connectivity Correlates of Anxiety Symptoms in Drug-Naive Parkinson's Disease Patients. Movement Disorders 2021, 36: 95-96.
21. Gazewood J.D, Richards D.R, Clebak K.: Parkinson Disease: An update. American Family Physician 2013, 87: 267-269.
22. Dullek M., Młynarska A.: Ocena stanu odżywienia i ryzyka powstania odleżyn wśród pensjonariuszek Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia 2016, 5: 3-5.
23. Borowicz A.M.: Problem upadków u osób starszych. Kinezyterapia 2014, 2: 21-22.
24. Łacko A.: Specyfika leczenia chorych na nowotwory w podeszłym wieku. Medycyna wieku podeszłego 2012, 2: 7-9.

25. Bień B.: Następstwa starzenia się na poziomie narządowym; [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 58-65.
26. Pabiś M., Kuncewicz D.: Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty. Pielęgniarstwo XXI wieku 2016, 15: 55-56.
27. Doroszkiewicz H., Sierakowska M., Lewko J., Ostrowska A.: Ocena stanu funkcjonalnego pacjentów geriatrycznych wyznacznikiem zakresu opieki pielęgniarskiej. Problemy pielęgniarstwa, Via Medica2014, 22: 258-259.
28. Michałkiewicz H., Wróbel J.: Całościowa Ocena Geriatryczna – Narzędzie ważne również dla fizjoterapeutów. Zamojskie Studia i Materiały, Zamość 2013, 1: 93-94.
29. Pluta A., Basińska-Drozd H., Faleńczyk K., Budnik-Szymoniuk M.: Udział pielęgniarki rodzinnej w opiece nad pacjentem geriatrycznym. Medycyna Rodzinna 2015, 1: 27-29.
30. Stachowska M., Szewczyczak M.: Podstawowa opieka zdrowotna; [w:] Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Bączyk G., Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, 503-507.
31. Bielawska J.: Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 2015, 15: 8-18.

ŻYWIENIE W CELIAKII JAKO PODSTAWA LECZENIA TEGO SCHORZENIA

Justyna Leończuk[1], Anna Witkowska[2]

1. Białostockie Centrum Onkologii
2. Zakład Biotechnologii Żywności Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

WPROWADZENIE

Celiakia jest chorobą autoimmunologiczną o uwarunkowaniach genetycznych. Częstość występowania celiakii wynosi <0,5% -1% na całym świecie [1]. Choroba trzewna dotyka około 1% populacji europejskiej. Liczba osób chorych na celiakię stale rośnie. Ze względu na częstość występowania stanowi poważny problem zdrowia publicznego, dlatego też badania skriningowe powinny być przeprowadzane nie tylko w grupach zwiększonego ryzyka, ale w całej populacji [2]. Obecnie jedynym skutecznym sposobem leczenia celiakii jest dieta bezglutenowa. Jest ona złożona, restrykcyjna, kosztowna oraz posiada wpływ na wszystkie czynności powiązane z żywnością. Każdy z tych czynników stanowi utrudnienie w utrzymaniu diety przez całe życie. Optymalizacja diagnostyki oraz opieki w chorobie trzewnej wymaga ciągłych badań i edukacji, zarówno osób chorych na celiakię, członków rodziny, pracowników służby zdrowia, jak i całej populacji [3].

Wszystkie odkrycia związane z celiakią stanowią fundament do opracowywania sposobu jej leczenia. Świadomość społeczeństwa na temat choroby trzewnej stale rośnie, lecz leczenie jej pozostaje wciąż takie samo - stosowanie diety eliminacyjnej, bezglutenowej. Nie ma możliwości leczenia celiakii farmakologicznie. Kilkanaście lat temu całkowite wykluczenie z diety produktów zawierających gluten było utrudnione. Powodem tego była wysoko przetworzona, nieoznakowana żywność, która stanowiła problem w identyfikacji glutenu w poszczególnych produktach. Aktualnie, coraz częściej można zauważyć informacje odnośnie zawartości glutenu na etykietach opakowań produktów żywnościowych. Ze względu na większe zapotrzebowanie, na rynku pojawia się więcej firm, które oferują szeroką gamę produktów spożywczych przeznaczonych dla osób chorych na celiakię. Obecnie wiele ośrodków naukowych na świecie przeprowadza dalsze badania mające na celu coraz lepszą diagnostykę, skuteczniejsze leczenie oraz prawidłową opiekę nad chorymi, co wiąże się z coraz większą powszechnością występowania celiakii [4].

ROZWINIĘCIE

Celiakia (choroba trzewna) jest chorobą o charakterze autoimmunologicznym. Oznacza to, że spowodowana jest poprzez niewłaściwą reakcję odpornościową organizmu przeciw własnym tkankom [5]. Celiakia jest chorobą o podłożu genetycznym, charakteryzującą się trwałą nietolerancją glutenu, czyli białka pochodzenia roślinnego, występującego w zbożach takich jak: żyto, pszenżyto, jęczmień, owies oraz pszenica i jej odmiany, do których można zaliczyć orkisz, durum i kamut [6, 7]. Działający toksycznie gluten prowadzi do procesów zwyrodnieniowych zachodzących w jelicie cienkim. Charakterystyczne zmiany, zachodzące w błonie śluzowej jelita cienkiego powiązane są z zanikiem kosmków jelitowych, w następstwie czego prowadzą do zaburzenia wchłaniania, niedożywienia oraz niedoborów składników odżywczych w organizmie. W rezultacie może się to przyczynić do wyniszczenia organizmu, wystąpienia nieprawidłowości w jego rozwoju oraz do uwidocznienia różnego rodzaju objawów klinicznych, takich jak biegunka, wysypka skórna czy niedokrwistość [7].

W przeciągu ostatnich trzydziestu lat zauważono tendencję wzrostową dotyczącą wykrywalności nowych przypadków zachorowań na celiakię. Wynika to w dużej mierze z większej świadomości i edukacji populacji na temat tego schorzenia, wpływu czynników środowiskowych, doskonaleniu metod diagnostycznych, mających na celu rozpoznanie choroby oraz wprowadzeniu czułych i swoistych badań z obszaru diagnostyki laboratoryjnej [8, 9, 10]. Wykazano, że częstość występowania choroby trzewnej w ciągu ostatnich 20 lat wzrosła blisko 7-krotnie [11]. Badania epidemiologiczne dowiodły, że może ona występować u około 1% (0,7-1,5%) całej populacji [1]. Dane z piśmiennictwa sugerują, że choroba trzewna występuje zdecydowanie częściej niż informują o tym statystyki. Informacje te różnią się w zależności od regionu świata, z którego pochodzą, na co wpływ mają czynniki genetyczne, środowiskowe i diagnostyczne [7].

Celiakia występuje przede wszystkim u osób rasy białej, przy czym podobnie jak w przypadku innych chorób autoimmunologicznych częściej chorują na nią kobiety niż mężczyźni (2:1). W szczególności występuje w Europie Północnej oraz Środkowej, stosunkowo rzadko w Azji [12]. Informacje na temat częstości przypadków celiakii przedstawiono podczas International World Congress of Gastroenterology, gdzie oceniono, że na celiakię cierpi 1 na 200 Europejczyków, natomiast w USA 1 na 250 osób [13]. Z badań przeprowadzonych przez Sankowską i Chruścikowską wynika, iż częstość występowania choroby trzewnej jest na poziomie od 1:100 do 1:500 badanych. Na takie zróżnicowanie może

wpływać trudność w diagnozowaniu osób z nietypowymi objawami choroby trzewnej oraz osób, u których celiakia ma charakter niemy bądź ukryty [14]. W niektórych krajach europejskich, takich jak Dania, Szwecja, Finlandia oraz w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich lat można zauważyć wyraźny wzrost częstości występowania choroby trzewnej. Zjawisko to prawdopodobnie związane jest ze znacznym wpływem środowiska oraz zmianami występującymi zarówno w pszenicy, jak i innych zbożach [15]. W Polsce nie prowadzi się krajowego rejestru osób chorych na celiakię, jednak z szacowań wynika, że częstość jej występowania wynosi 1 na 100 osób oraz że choroba częściej ma przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy [6, 9].

Celiakia zaliczana jest do jednej z najczęściej występujących chorób przewlekłych, przez co jej zapobieganie stanowi istotny problem [6]. Stosowanie diety bezglutenowej zaliczane jest do tzw. profilaktyki trzeciorzędowej i ma na celu zahamowanie progresji choroby oraz ograniczenie związanych z nią powikłań. Odpowiednio stosowana dieta bezglutenowa zmniejsza ryzyko występowania niektórych nowotworów (np. jelita cienkiego, przełyku) do poziomu populacyjnego. Minimalizuje również ryzyko poronień i częstość występowania powikłań okołoporodowych oraz przywraca prawidłową mineralizację kości. Coraz częściej spotykanym zjawiskiem jest aktywne poszukiwanie osób chorych na celiakię, celem wcześniejszego wykrycia objawów i wdrożenia leczenia, czyli profilaktyka drugorzędowa (wtórna). Wciąż jest niewystarczająca wiedza na temat zastosowania profilaktyki pierwszorzędowej (pierwotnej), która dotyczy całej populacji lub jej znacznej części. Ma bowiem na celu uprzedzenie, zapobieganie lub zmniejszenie ryzyka rozwoju choroby poprzez kontrolowanie czynników ryzyka. W przypadku choroby, jaką jest celiakia przedmiotem badań jest rola karmienia piersią oraz sposób i czas wprowadzenia glutenu do diety dziecka. Badania obserwacyjne wskazują, że karmienie piersią stanowi czynnik chroniący przed rozwojem choroby trzewnej we wczesnym dzieciństwie. Ryzyko rozwoju wystąpienia celiakii u dzieci karmionych piersią jest mniejsze, niż u dzieci karmionych sztucznie. Jeżeli zaś dojdzie do rozwoju choroby, posiada ona inne cechy fenotypowe niż u dzieci, które nie były karmione piersią, do których można zaliczyć: późniejsze ujawnienie się choroby, rzadziej występujące objawy klasyczne oraz większe prawdopodobieństwo wystąpienia postaci nietypowej choroby [16]. W celu zmieszenia ryzyka zachorowania na celiakię produkty zawierające gluten powinny być wprowadzane do diety noworodka w sposób stopniowy, najlepiej w 5 lub 6 miesiącu życia [10]. Z zaleceń sformułowanych przez ekspertów z Komitetu ds. Żywienia Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) (na rok 2014) wynika, że należy unikać zarówno

wczesnego (< 4 m.ż.), jak i późnego (≥ 7 m.ż.) wprowadzania glutenu do diety niemowlęcia. Wyniki najnowszych, opublikowanych 2 października 2014 roku, wieloośrodkowych badań randomizowanych, zrealizowanych w ramach europejskiego projektu PreventCD (Zapobiec Celiakii) wskazują na brak zależności pomiędzy karmieniem piersią oraz wczesnym wprowadzeniem glutenu do diety a zmniejszeniem ryzyka wystąpienia celiakii [17]. Aktualnie prawdziwy wpływ karmienia piersią oraz czasu wprowadzania produktów glutenowych do diety na rozwój celiakii pozostaje kontrowersyjny.

Zastosowanie diety bezglutenowej nie jest proste i może sprawiać wiele trudności zarówno choremu, jak i osobom bliskim z jego otoczenia. Wiele osób po zdiagnozowaniu choroby jest wystraszona natłokiem informacji oraz koniecznością radykalnej zmiany sposobu żywienia, która nie wynika z ich własnej woli, a konieczność modyfikacji dotychczasowego funkcjonowania nie jest przez nich pozytywnie oceniana. Eskalujące uczucie bezradności i niepokoju wobec choroby może przyczynić się do depresji oraz innych zaburzeń psychicznych. Bardzo ważnym elementem jest wsparcie chorego nie tylko przez członków rodziny, ale również przez lekarza, dietetyka oraz psychologa. Gwarancją prawidłowego stosowania diety bezglutenowej, a co za tym idzie, lepszego ogólnego samopoczucia jest posiadanie aktualnej wiedzy z zakresu zasad żywienia w celiakii. Zatem osoby chore powinny stale uaktualniać swoją wiedzę na temat diety oraz klasyfikacji produktów spożywczych dozwolonych oraz zabronionych podczas dietoterapii. Istniejące organizacje wspierające osoby chore na celiakię posiadają szeroką ofertę edukacyjną, obejmujące spotkania ze specjalistami, wykłady, poradnictwo dietetyczne, warsztaty kulinarne, prezentacje bezglutenowej żywności oraz wydają publikacje dotyczące choroby trzewnej. Wszystkie te działania mają na celu zwiększenie poziomu edukacji chorych, kształtowanie ich postaw, wartości oraz umiejętności związanych ze zdrowiem oraz przestrzeganiem diety. Poza edukacją, niezbędnym elementem wspomagającym rygorystyczne stosowanie diety jest motywacja chorego. Ze względu na trwałe ograniczenia i bariery związane z reżimem dietetycznym osoby chore na celiakię często mają niższe poczucie wartości, jednakże po upływie czasu, kiedy przyzwyczają się do specjalnej diety oraz dokuczliwe objawy choroby mijają, ich poziom samoakceptacji wzrasta. Chęć edukacji i zdobywania wiedzy na temat choroby trzewnej oraz prawidłowe stosowanie diety eliminacyjnej, która jest niezbędna przy leczeniu celiakii pozwala na poprawę jakości życia osób chorych oraz dobre funkcjonowanie na wielu obszarach życia codziennego [6].

Podstawową formą leczenia choroby trzewnej jest ścisłe przestrzeganie diety bezglutenowej przez całe życie. W przypadku osób chorych na celiakię dieta jest kluczowym elementem umożliwiającym poprawę stanu zdrowia. Jak wynika z badań, rygorystyczne przestrzeganie diety w skład której wchodzą produkty niezawierające glutenu doprowadziło do ustąpienia zmian zachodzących w obszarze błony śluzowej oraz jej odbudowania u 85% chorych [18].

Dieta bezglutenowa zaliczana jest do diet eliminacyjnych, które powinny być odpowiednio zbilansowane i urozmaicone, a produkty spożywane podczas niej odpowiednio zróżnicowane pod względem grup żywności. W związku z zaburzeniami wchłaniania składników odżywczych, mikro i makroelementów, elektrolitów oraz witamin jakie występują u osób z celiakią, chorzy powinni mieć na uwadze konieczność ich stałego uzupełniania. Stanowi to również źródło wiedzy dla producentów żywności bezglutenowej, którzy powinni wykorzystać tą informację podczas komponowania składu wytwarzanych towarów. Dieta bezglutenowa powinna cechować się zasadami zdrowego żywienia, w tym powinna pokrywać zapotrzebowanie chorego na białko, tłuszcze, węglowodany, mikro i makroskładniki oraz witaminy. Jedynie w przypadku wystąpienia znacznych niedoborów pokarmowych, osoby z celiakią powinny rozpatrzeć dodatkową suplementację [6].

Głównym aspektem odpowiadającym za bezpieczeństwo w diecie jest bardzo niska, a zarazem dopuszczalna ilość spożywanego glutenu. Dieta bezglutenowa polega na wykluczeniu z codziennego jadłospisu produktów zawierających w swoim składzie gluten, a konkretnie prolamin występujących w pszenicy - gliadyny, życie - sekaliny i jęczmieniu - hordeiny. Ze względu na zanieczyszczenie toksycznymi prolaminami, zaleca się również eliminację produktów, w których skład wchodzi owies. Bezpieczeństwo stanowi jedynie certyfikowany, bezglutenowy owies, którego dzienna porcja nie przekracza 50g na dobę u osób dorosłych oraz 25g na dobę u dzieci. W każdym z tych przypadków należy uwzględnić osobniczą zdolność tolerancji chorego na tego rodzaju zboże. Około 30% osób z celiakią nie stosuje rygorystycznych zaleceń dietetycznych pomimo rad lekarzy i dietetyków, tymczasem 25% osób, stosujących się do zaleceń i przestrzegających diety spożywa w sposób nieświadomy nawet do 5g glutenu w ciągu dnia. Spożywanie nawet małych ilości glutenu może powodować nawroty choroby oraz powikłania z tym związane [19].

Istnieją dwie kategorie produktów specjalnego przeznaczenia dla osób, które nie tolerują w swojej diecie glutenu. Pierwszą z nich stanowi żywność bezglutenowa, w której całkowite stężenie substancji niebezpiecznej dla osoby z celiakią nie może przekraczać 20 mg/kg.

Drugą kategorią zaś są produkty o obniżonej zawartości glutenu, gdzie całkowite stężenie glutenu nie może przekraczać 100 mg/kg. W celiakii zaleca się spożywanie produktów naturalnie bezglutenowych, do których można zaliczyć: ryż, kukurydzę, ziemniaki, soję, proso, maniok, soczewicę, fasolę, orzechy, a także mięso, owoce oraz warzywa. Przetworzone produkty bezglutenowe są znacznie uboższe w białko, błonnik, składniki mineralne oraz witaminy. Przetworzone produkty bezglutenowe klasyfikuje się jako te o niskim indeksie glikemicznym [20].

Nieleczona choroba trzewna, ściśle wiążąca się z niedokładnym przestrzeganiem zaleceń dietetycznych bądź całkowitym niestosowaniem diety bezglutenowej może prowadzić do poważnych powikłań. Najczęściej doprowadza do uszkodzenia oraz upośledzenia układu pokarmowego, ale także może przyczynić się do zaburzeń w obszarze niemal każdego układu organizmu osoby chorej. Spożywanie produktów zawierających w swoim składzie gluten przez osoby z celiakią naraża je na wywołanie reakcji ze strony układu immunologicznego oraz zanik kosmków jelitowych. W konsekwencji czego doprowadza do zaburzeń wchłaniania dużej ilości składników pokarmowych, co z kolei prowadzi do niedożywienia oraz innych problemów zdrowotnych [6, 12].

Częstym powikłaniem powiązanym z nieprzestrzeganiem diety ze względu na zaburzenie wchłaniania składników mineralnych, w tym wapnia u osób z chorobą trzewną jest osteoporoza [6].

Ponadto u osób z niezdiagnozowaną celiakią lub u chorych, którzy nie przestrzegają diety ryzyko rozwoju chorób nowotworowych jest wyższe. Ryzyko wystąpienia chłoniaka złośliwego w przypadku osób ze stwierdzoną chorobą trzewną jest około 5-krotnie większe, aniżeli w przypadku osób zdrowych. W celiakii chłoniaki atakują najczęściej jelito cienkie. Proces ich rozwoju u chorych nie został dokładnie poznany, jednak może być związane z towarzyszącymi stanami zapalnymi, zaburzeniami funkcji układu odpornościowego, niedożywieniem, a co za tym idzie zwiększoną wrażliwością jelita cienkiego na działanie czynników rakotwórczych. U osób z celiakią poza chłoniakiem jelita cienkiego zaobserwowano również zwiększoną predyspozycję na inne typy nowotworów, takie jak: rak płaskonabłonkowy przełyku, jelita grubego, jelita cienkiego czy czerniak. Trzymanie się diety bezglutenowej przez pięć lat lub dłużej zmniejsza ryzyko wystąpienia wszystkich nowotworów związanych z celiakią do poziomu ogólnej populacji [21].

Kolejnym, bardzo charakterystycznym powikłaniem u osób z chorobą trzewną jest występowanie zaburzeń psychicznych i psychiatrycznych. Około 10% osób z celiakią cierpi na zespoły depresyjne. U nieleczonych osób występować mogą zmiany lękowe,

apatia, drażliwość oraz obniżenie poczucia własnej wartości. Ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych związane jest z obniżoną jakością życia i występowaniem objawów drażliwych [22].

Nieleczona celiakia może doprowadzić do powikłań, które wpływają na zdrowie reprodukcyjne kobiet. Wśród kobiet posiadających skłonność do poronień lub tych z niewyjaśnioną niepłodnością, około 20% może chorować na celiakię. Z powodu niewystarczającego wchłaniania składników mineralnych u kobiet w ciąży z chorobą trzewną może wystąpić ciężka niedokrwistość, która wywołana jest zwiększonym zapotrzebowaniem organizmu na żelazo i witaminy w okresie ciąży. U kobiet chorych nieobjętych leczeniem celiakia może doprowadzić do zaburzeń procesu dojrzewania i opóźnić pojawienie się pierwszego krwawienia. Może również powodować przedwczesne porody, a także przyspieszyć proces menopauzy [18].

Powikłania nieleczonej choroby trzewnej mogą dotyczyć również układu krwiotwórczego. Niedokrwistość z powodu niedoboru żelaza (anemia) występuje u około 46% osób z celiakią i może ona doprowadzić do rozwoju chłoniaka nieziarniczego. Żelazo jest kluczowym mikroelementem, który może zostać zubożony u dzieci i dorosłych z chorobą trzewną. Niedokrwistość związana z niedoborem żelaza najczęściej spowodowana jest zwiększoną utratą krwi lub upośledzoną absorpcją żelaza. Niedokrwistość z niedoborem żelaza często odnotowuje się w nowo rozpoznanej celiakii i może utrzymywać się przez różne okresy po rozpoczęciu stosowania diety bezglutenowej. Nieleczona choroba trzewna może spowodować liczne niedobory, nie tylko składników mineralnych odpowiedzialnych za anemię, czyli żelaza i witamin z grupy B, ale także witamin A, D, E i K oraz innych makro i mikroelementów. Z powodu menstruacji kobiety przed menopauzą są narażone na zwiększone ryzyko niedoboru żelaza, a ciąża dodatkowo zwiększa dzienne zapotrzebowanie na żelazo, zatem u kobiet chorych na celiakię ryzyko wystąpienia anemii jest zwiększone, niż u kobiet zdrowych. Chociaż szczegółowe dane epidemiologiczne dotyczące niedoboru żelaza w chorobie trzewnej są ograniczone, niektóre z ostatnich badań sugerują, że niedobór żelaza może być znaczący zarówno u dzieci, jak i u dorosłych z celiakią. [23].

PODSUMOWANIE

Obecnie jedyną formą leczenia celiakii jest dieta bezglutenowa. W ciągu ostatnich kilku lat zaobserwować można tendencję wzrostową częstości występowania choroby trzewnej w Europie i na innych kontynentach, czego przyczyną może być udoskonalenie metod

diagnostycznych lub wpływ czynników środowiskowych. Pacjenci zmagający się z celiakią powinni być objęci stałą opieką lekarską. Dietetyk bądź specjalista zdrowia publicznego wykształcony w danej dziedzinie odgrywa istotną rolę w prowadzeniu, edukowaniu i szkoleniu pacjentów w celu wyeliminowania popełnianych błędów dietetycznych. Zasadniczą przyczyną niepowodzeń w leczeniu choroby trzewnej jest nieprzestrzeganie zasad diety eliminacyjnej. Nieleczona celiakia może doprowadzić do powikłań, które mają niekorzystny wpływ na funkcjonowanie całego organizmu.

PIŚMIENNICTWO

1. Stoven S., Murray J.A, Marietta E: Celiac disease: Advances in treatment via gluten modification. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; 10: 859–862.
2. Fasano A.: Should we screen for coeliac disease? Yes. BMJ 2009; 339: 998–999.
3. Lindfors K., Ciacci C., Kurppa K., Lundin KEA. et al.: Coeliac disease. Nature Reviews Disease Primers 2019; 10; 5(1): 3-11.
4. Giezowska H., Giezowski D.: Choroba trzewna – patogeneza, diagnostyka, leczenie i możliwości działań profilaktycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014; 95(4): 823-826.
5. Zarkadas M., Dubois S., MacIsaac K. et al.: Living with coeliac disease and a gluten-free diet: a Canadian perspective. Journal of Human Nutrition and Dietetics 2012, 26: 10-23.
6. Jarosz M., Wojtasik A., Wierzejska R. i wsp.: Praktyczny podręcznik dietetyki [w:] Choroba trzewna, pod red. Jarosz M. Wydawnictwo Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010, 209-220.
7. Ludvigsson JF., Leffler DA., Bai JC.: The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut 2013; 62: 43-56.
8. Ludvigsson JF., Bai JC., Biagi F. et al.: Diagnosis and management of adult coeliac disease: guide-lines from the British Society of Gastroenterology. Gut 2014; 63: 1210–1228.
9. Adrych K., Marek IE., Kryszewski AJ: Choroba trzewna u dorosłych — wierzchołek góry lodowej. Wiadomości Lekarskie 2006; 59: 5–6.
10. Gładyś K., Guzek M., Adrych K., Małgorzewicz S.: Praktyczne aspekty stosowania diety bezglutenowej u osób z chorobą trzewną. Forum Medycyny Rodzinnej 2015; 9(6): 447–455.

11. White LE., Merrick VM., Bannerman E. et al.: The Rising Incidence of Celiac Disease in Scotland. Pediatrics 2013; 132: 924–931.
12. Fasano A., Catassi C.: Celiac disease. N Engl J Med.2012; 367(25): 1419-1426.
13. Darewicz M., Dziuba J.: Dietozależny charakter enteropatii pokarmowych na przykładzie celiakii. Żywność. Nauka. Technologia. Jakość. 2007; 1(50): 5–15.
14. Sankowska P., Chruścikowska A.: Choroby leczone dietą bezglutenową. Roczniki Warszawskiej Szkoły Zdrowia 2010; 10: 121–129.
15. Szaflarska-Popławska A.: Celiakia chorobą o wielu obliczach. Pediatr Dypl. 2013; 17(4): 21-28.
16. Szajewska H.: Czy można zapobiec celiakii? Alergia, 2007; 3: 17-20.
17. Vriezinga SL., Auricchio R., Bravi E. et al.: Randomized Feeding Intervention in Infants at High Risk for Celiac Disease. N Engl J Med 2014; 371: 1304-1315.
18. Moleski SM., Lindenmeyer CC., Veloski J.: Increased rates of pregnancy complications in women with celiac disease. Ann Gastroenterol. 2015; 28(2): 236–240.
19. Penagini F., Dilillo D., Meneghin F. et al.: Gluten-Free Diet in Children: An Approach to a Nutritionally Adequate and Balanced Diet. Nutrients 2013; 5: 4553-4565.
20. Dudziak K., Regulska-Ilow B.: Znaczenie wartości indeksów glikemicznych produktów bezglutenowych w terapii choroby trzewnej i współistniejącej cukrzycy typu 1. Endokrynol. Otył. Zab. Przem. Mat 2012; 8(3): 98-108.
21. Emilsson L., Murray J., Leffler D., Ludvigsson JF: Cancer in first-degree relatives of people with celiac disease. Medicine (Baltimore) 2016; 95(32): 4588-4597.
22. Häuser W., Janke KH., Klump B., Gregor M., Hinz A.: Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. World J Gastroenterol 2010; 14, 16(22): 2780–2787.
23. Freeman HJ.: Iron deficiency anemia in celiac disease. World J Gastroenterol 2015; 21, 21(31): 9233–9238.

ISBN Tom VIII

978-83-964323-6-0