ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY

AZiCH

Tom 1
Nr 3
Rok 2016

Aspekty Zdrowia i Choroby

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji

Adres e-mail: azich@wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826

AZiCH

Aspekty Zdrowia i Choroby

Lublin 2016

Komitet redakcyjny:
Redaktor Naczelny: dr n. med. Anna Włoszczak-Szubzda
Z-ca. redaktora naczelnego: dr n. med. Beata Biernacka
Sekretarz redakcji: dr n. med. Joanna Girzelska
Redaktor merytoryczny: dr n. med. Maria Pieniążek, dr n. med. Zbigniew Orzeł
Redaktor statystyczny: dr n. o zdr. Magdalena Głowacka
Redaktor języka polskiego: dr Anna Koper – filolog języka polskiego
Redaktorzy języka angielskiego: Hanna Horitza, Michael Tregenza – native speaker

Rada Naukowa:
dr hab. n. med. Iwona Bojar (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
doc. JUDr. Mária Bujňáková, CSc. (Uniwersytet im. Pawła Józefa Šafárika w Koszycach)
dr hab. n. med. Eliasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Pawol Danciak (Wyższa Szkoła Zdrowia i Pracy Socjalnej w Bratysławie)
prof. dr hab. Petro Husak (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Julia Jemielianova (Wołyński Uniwersytet Narodowy w Łucku)
dr hab. n. med. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Teresa Kulik (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. Anton Lisnik (Katolicki Uniwersytet w Rużomberku)
prof. dr hab. Maria Luisa de Natale (Uniwersytet Katolicki w Mediolanie)
prof. dr hab. Lidia Łysiuk (Uniwersytet Państwowy im. A. S. Puszkina w Brześciu)
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Marczewski (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji)
prof. PhDr. Frantisek Mihina, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)
dr hab. n. med. Alfred Owoc (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
dr hab. n. med. Lech Panasiuk (Instytut Medycyny Wsi w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Pedrycz-Wieczorska (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Polz-Dacewicz (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
bp prof. ThDr. PhDr. Stanislav Stolárik, CSc. (Preszowski Uniwersytet w Preszowie)
prof. dr hab. n. med. Leszek Szewczyk (Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie)
prof. dr hab. Stanislav Vojtko (Instytut Rodziny w Bratysławie)
prof. dr hab. n. med. Witold Witczak (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Recenzenci:
dr hab. n. med. Anna Pacian (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
dr hab. n. med. Mirosław J. Jarosz (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 1 ◄► Nr 3 ◄► Rok 2016

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 1 ◄► Nr 3 ◄► Rok 2016

© Copyright by Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie
i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy
bez zgody wydawcy jest zabronione.

Opracowanie redakcyjne, skład, łamanie:
Marek Szczodrak, Anna Konieczna

Projekt okładki:
Anna Włoszczak-Szubzda

Konsultacja językowa i korekta:
Anna Koper

Printed in Poland
Innovatio Press Wydawnictwo Naukowe
Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel. +48 81 749 32 12, fax tel. +48 81 749 32 13
azich@wsei.lublin.pl
www.wsei.lublin.pl

e-ISSN: 2451-2826

Spis treści

Ocena zmian zachowań pacjentów kardiochirurgicznych po zastosowaniu edukacji pielęgniarskiej – Jan Danaj, Beata Biernacka 7

Stres i jego uwarunkowania a częstotliwość zachorowań na nowotwór jelita grubego – Iwona Kosiarczyk, Anna Włoszczak-Szubzda. 17

Ocena jakości życia pacjentów z toczniem układowym – Elżbieta Teresińska, Leszek Szewczyk 27

Wybrane aspekty stylu życia chorych z marskością wątroby zakażonych wirusem HCV – Lidia Sierpińska, Beata Wojtczak 39

Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie aktywności fizycznej i sportowej osób dotkniętych niepełnosprawnością – Artur Szubarczyk, Anna Włoszczak-Szubzda. 51

Wartość programów edukacyjnych wspierających chorych z cukrzycą typu 2 w ocenie pacjentów i pielęgniarek – Elżbieta Czochra, Leszek Szewczyk 61

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 7–16

Ocena zmian zachowań pacjentów kardiochirurgicznych po zastosowaniu edukacji pielęgniarskiej

Jan Danaj[1], **Beata Biernacka**[1]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**S t r e s z c z e n i e :**

Wprowadzenie. Rola edukacyjna pielęgniarki jest jedną z najważniejszych w służbie zdrowia, bowiem wpływa na ekonomię, wzrost satysfakcji pacjenta z usług medycznych i poprawę jego zdrowia. Edukacja to proces następujących czynności powiązanych logicznie i ukierunkowanych na wywołanie zmian w zachowaniu pacjenta. Celem edukacji pielęgniarskiej na oddziale kardiochirurgii jest wyposażenie pacjenta w wiedzę i umiejętności w zakresie samoopieki, samopielęgnacji i kontroli, co w znaczący sposób wpływać ma na spowolnienie rozwoju choroby, ograniczenie jej następstw, a przede wszystkim przywracać i utrzymywać w dobrej kondycji stan zdrowia.

Cel. Uwzględniając specyfikę problematyki oddziału kardiochirurgicznego oraz złożoność edukacji pielęgniarskiej względem zachowań zdrowotnych pacjentów, podjęto badanie zogniskowane na ocenie zmian zachowań pacjentów kardiochirurgicznych po zastosowaniu edukacji pielęgniarskiej.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Klinice Kardiochirurgii w Szpitalu Uniwersyteckim SPSK4 w Lublinie. Materiał badawczy zebrano metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując kwestionariusz ankiety. Objęto nimi 100 pacjentów, a zebrane dane empiryczne poddano analizie opisowej i statystycznej.

Wyniki i wnioski. W sposób zdecydowany można stwierdzić, że edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjenta na oddziale wpływa na wzrost ogólnej i szerokiej wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych hospitalizowanych osób. Wyniki przeprowadzonych badań prowadzą do wniosku, że w przypadku prowadzonej przez pielęgniarki edukacji pacjentów kardiochirurgicznych problemem nie jest właściwe przekazanie wiedzy medycznej, ale właściwe zmotywowanie ich do podjęcia faktycznych prozdrowotnych działań. Edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjent na oddziale wpływa na chęć pacjentów do dokonania kompleksowej zmiany zachowań na prozdrowotne, jednak głębsza analiza danych ujawnia rzeczywisty brak motywacji do zmian. Pacjenci, odnosząc się do szerokiego wachlarza tematów, jakie zostały im przedstawione przez pielęgniarki i pielęgniarzy, deklarują, że generalnie będą zmieniali styl swojego życia na prozdrowotny, ze szczególnym uwzględnieniem działań korzystnie wpływających na sferę kardiologiczną.

►**S ł o w a k l u c z o w e :** zachowania zdrowotne pacjentów, edukacja zdrowotna, kardiochirurgia.

Wprowadzenie

Jednym z podstawowych problemów dzisiejszego wieku są choroby serca [1]. Współczesna medycyna rozwinęła najnowocześniejsze techniki ich leczenia, poczynając od profilaktyki, kończąc na transplantacjach. Jednak na równi z rozwojem medycyny rosną negatywne zachowania zdrowotne w różnych sferach życia. Kiedyś zagrożenie stanowił alkohol, papierosy, stres lub kawa, ale jednocześnie brak dostępnych udogodnień komunikacyjnych zmuszał do większej aktywności fizycznej [2]. Teraz mamy ogólny dostęp do coraz to innych używek, coraz bardziej modyfikowane jedzenie, półprodukty lub „fast food" – chętnie kupowane i spożywane ze względu na coraz szybsze tempo życia. Aktywność fizyczna jest minimalna – windy, samochody, dostęp do wszystkiego bez potrzeby przemieszczania się, a często nawet brak czasu na zwykły spacer [3]. Trudności utrzymania się społeczeństwa na stabilnym poziomie finansowym, walka o stateczną pracę lub dochód wiążą się z bardzo dużym stresem i traktowaniem zdrowia i prawidłowego stylu życia jako drugorzędnej wartości w stosunku do pieniędzy [4]. Ludzie starsi – w wyniku długoletniego wyniszczenia organizmu, jak i ludzie młodzi – w wyniku bardzo dynamicznego wyniszczenia i zaniedbania, trafiają do kardiologa. Tu uświadamiają sobie, iż niestosowanie prawidłowych zachowań doprowadziło do choroby serca [5]. Jeżeli jednak problem wykracza poza możliwości leczenia kardiologicznego, pozostaje jedynie – jako ostateczna – propozycja leczenia kardiochirurgicznego. W każdej placówce zdrowia pacjent spotyka się z edukacją [6;7;8]. Ponieważ pielęgniarki są największą grupą zawodową w placówkach medycznych, to właśnie one przejmują rolę edukatora, wymagającą ogromnej wiedzy, umiejętności pozyskania rzetelnych informacji, wzbudzeniu zaufania, oceny zachowań najbardziej przyczyniających się do złego stanu zdrowia, umiejętności edukacyjnych, w tym umiejętności motywowania do zmiany zachowań [9;10;11;12]. Czy jednak sama świadomość przyczyny choroby wpływa na stałą zmianę zachowań pacjentów, czy mają oni chociaż chęć tych zmian, czy są świadomi ryzyka kontynuacji swojego trybu życia – często niewłaściwego? Czy postawa szpitalna wynika tylko z przyjętych przez społeczeństwo wartości?

Cel

Celem pracy była ocena zmian zachowań pacjentów kardiochirurgicznych po zastosowaniu edukacji pielęgniarskiej.

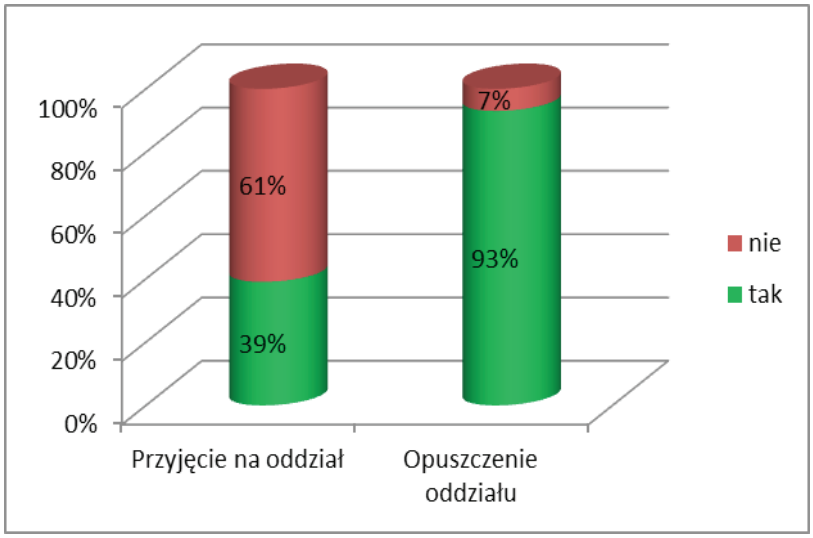
Materiał i metody

Wśród badanych pacjentów oddziału kardiochirurgii zdecydowanie dominowali mężczyźni. Stanowili ponad 3/4 respondentów w wieku od 61 do 75 lat (43%). Większość pacjentów legitymuje się wykształceniem średnim (42%).

Podobna liczba respondentów mieszkała na wsi i w mieście (35% – wieś; 36% – miasto). Zbliżony odsetek badanych wykonywał pracę fizyczną i pracę umysłową (51% – praca fizyczna; 49% – praca umysłowa). Materiał badawczy, przedstawiony w niniejszej pracy, został zebrany metodą sondażu diagnostycznego. Zastosowano technikę ankietowania, natomiast narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety przeznaczony dla osób hospitalizowanych w Klinice Kardiochirurgii SPSK4 w Lublinie. Do analizy statystycznej danych uzyskanych z kwestionariusza ankiety został wybrany test Mc Nemara.

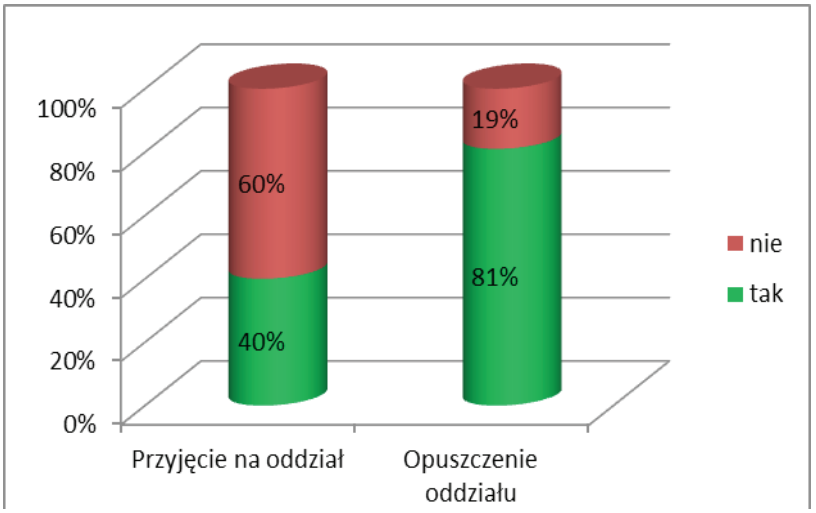
Wyniki i wnioski

W momencie przyjęcia do szpitala 39% respondentów było od razu edukowanych w zakresie kształtowania stylu życia właściwego dla pacjenta kardiologicznego. Podczas wypisu z oddziału aż 93% osób deklarowało, że takie działania wobec nich były prowadzone na oddziale (wykres 1).



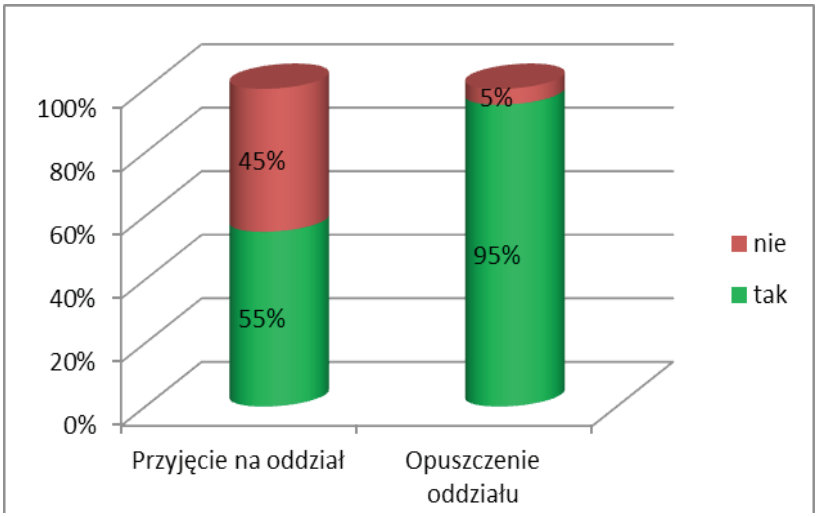
Wykres 1. Edukacja zdrowotna przed i po pobycie na oddziale kardiochirurgii. Źródło: badania własne.

Przed przyjęciem na oddział 40% respondentów deklarowało znajomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz metod niwelowania tych czynników. Pozostały odsetek osób nie miał wiedzy w tym zakresie. Po pobycie w szpitalu odsetek pacjentów deklarujących znajomość tematu wzrósł aż do 81%, a jedynie co piąty nadal nie posiadał stosownych informacji (wykres 2).



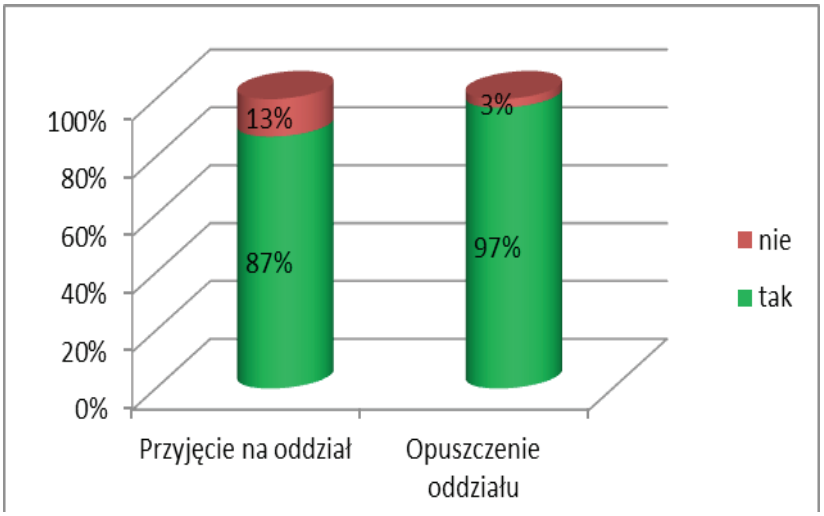
Wykres 2. Wiedza na temat czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz metody ich niwelowania – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Wytyczne dotyczące prawidłowego odżywiania się i stosowania diety były znane 55% respondentów przed trafieniem na oddział. W chwili jego opuszczania wspomnianymi informacjami dysponowało aż 95% osób (wykres 3).



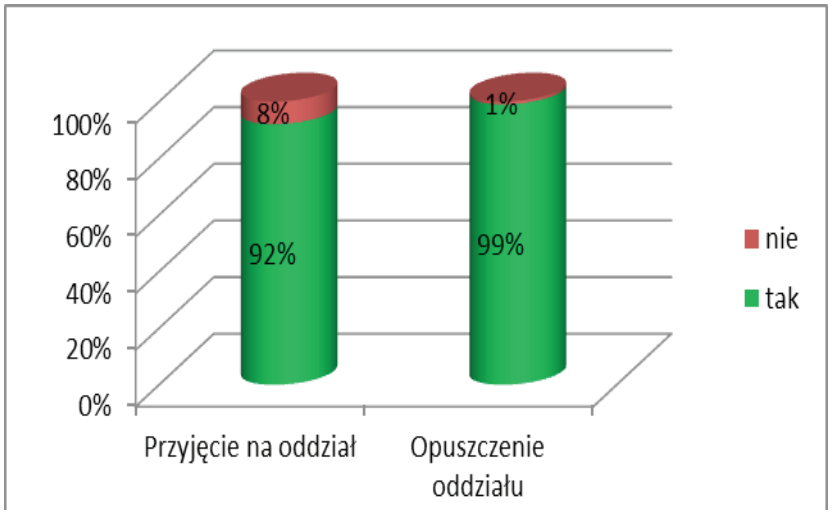
Wykres 3. Wiedza na temat prawidłowego odżywiania się i stosowania diety, przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Przed trafieniem na oddział 87% respondentów miało świadomość wpływu aktywności fizycznej na zdrowie. Tej wiedzy było pozbawionych 13% badanych osób. Po pobycie w szpitalu odsetek świadomych pacjentów wzrósł do 97% (wykres 4).



Wykres 4. Wiedza na temat wpływu aktywności fizycznej na zdrowie – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

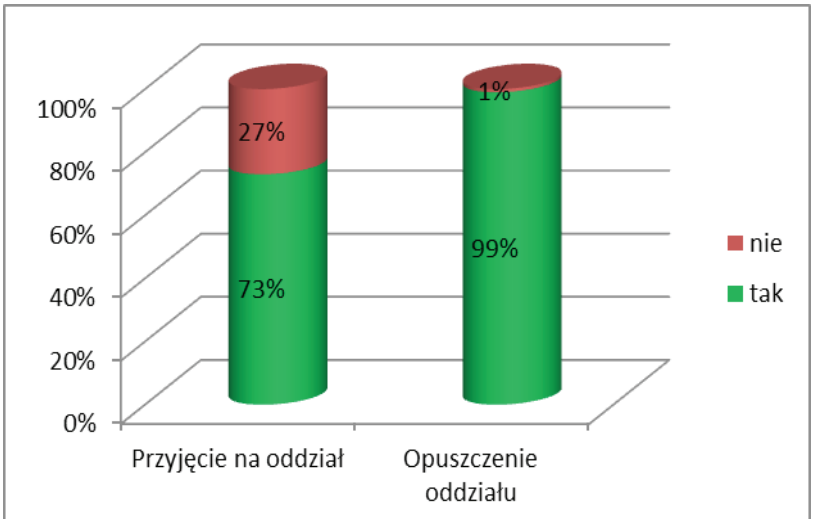
Niespełna co dziesiąty respondent nie miał przed trafieniem do szpitala świadomości wpływu palenia papierosów na zdrowie. Pozostali dysponowali tą wiedzą. Po opuszczeniu oddziału jedynie co setna osoba nadal nie wiedziała o związkach palenia ze stanem zdrowia (wykres 5).



Wykres 5. Wiedza na temat wpływu palenia papierosów na zdrowie – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

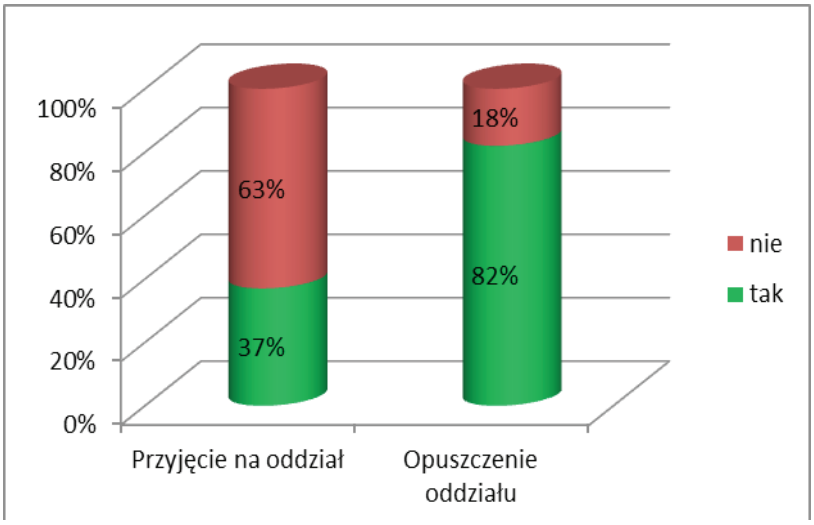
Trzy czwarte respondentów zanim trafiło na oddział, wiedziało o wpływie alkoholu na choroby serca. Pozostali nie mieli pojęcia o takiej zależności. Po poby-

cie w szpitalu jedynie jedna osoba na sto nadal nie była świadoma tego związku. Pozostałe 99% zdawało sobie z niego sprawę (wykres 6).



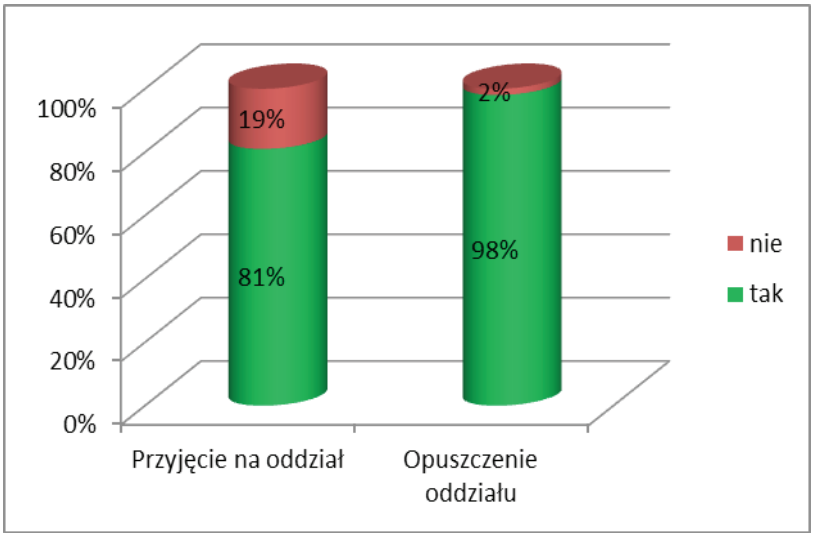
Wykres 6. Wiedza na temat wpływu picia alkoholu na zdrowie – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Przed przyjęciem na oddział 37% respondentów miało informacje na temat wpływu stresu na choroby kardiologiczne oraz o technikach unikania stresu. Pozostałe osoby takiej wiedzy nie miały. Po opuszczeniu szpitala odsetek osób posiadających wiedzę w opisywanym temacie wzrósł aż do 82%. Jedynie pozostałe 18% nie przyswoiło sobie stosownych informacji (wykres 7).



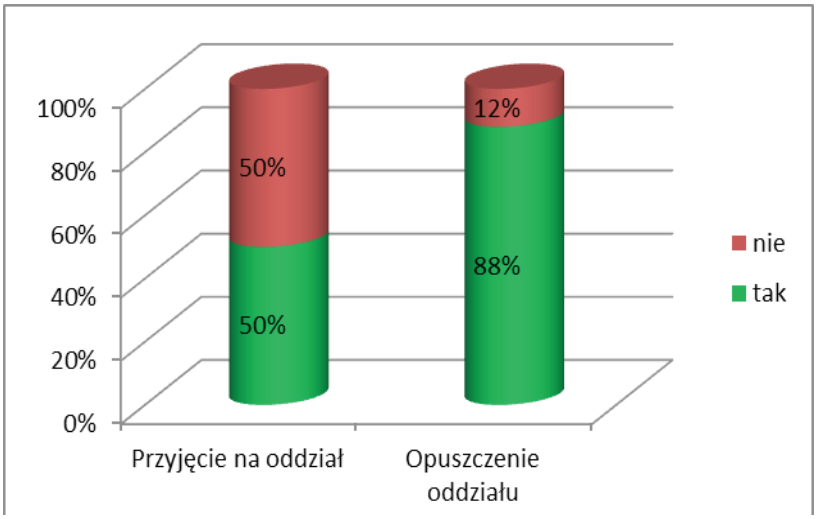
Wykres 7. Wiedza na temat wpływu stresu na zdrowie oraz technik jego unikania – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Wpływ używek typu kawa lub mocna herbata na ciśnienie krwi był znany przed trafieniem na oddział 81% respondentów. Co piąty z takiego związku nie zdawał sobie sprawy. Gdy respondenci opuszczali oddział, odsetek osób mających świadomość takiego związku wzrósł aż do 98%. Jedynie co pięćdziesiąta osoba nadal nie miała pojęcia o takiej relacji (wykres 8).



Wykres 8. Wiedza na temat wpływu na zdrowie używek typu kawa lub mocna herbata – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Co drugi respondent znał zasady prawidłowego odpoczynku zanim trafił na oddział. Na zakończenie pobytu w szpitalu ten odsetek wzrósł aż do 88%. Pozostałe osoby nie miały wiedzy tym zakresie (wykres 9).



Wykres 9. Wiedza na temat wpływu prawidłowego odpoczynku na zdrowie – przed i po edukacji szpitalnej. Źródło: badania własne.

Wnioski

1. Edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjenta na oddziale wpływa na wzrost podstawowej wiedzy pacjentów na temat profilaktyki chorób serca.
2. Na podstawie badań w sposób zdecydowany można stwierdzić, że edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjenta na oddziale wpłynęła na wzrost wiedzy tych pacjentów na temat roli właściwej diety i normalizacji masy ciała w chorobach serca.
3. Prowadzona przez personel pielęgniarski edukacja w trakcie pobytu pacjenta na oddziale wpływa na wzrost wiedzy pacjentów o roli aktywności fizycznej w chorobach serca.
4. Badanie stwierdziło istnienie wpływu edukacji prowadzonej przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjenta na oddziale na wzrost wiedzy pacjentów o roli używek w chorobach serca.
5. Edukacja prowadzona przez personel pielęgniarski w trakcie pobytu pacjenta na oddziale wpływa na wzrost wiedzy pacjentów o roli technik relaksacyjnych i właściwego odpoczynku w chorobach serca.
6. W badaniu stwierdzono istnienie wpływu edukacji prowadzonej przez personel pielęgniarski na stan wiedzy o czynnikach ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz metodach ich niwelowania.

Podsumowanie

W świetle przeprowadzonych badań własnych nasuwa się konkluzja, że bardzo ważna jest edukacja pacjenta kardiochirurgicznego. Zaznaczyć należy, iż przeprowadzona rzetelnie, dostosowana indywidualnie sprzyja zmianom w zakresie świadomości zachowań prozdrowotnych. Wiedza ta nie zawsze jednak przekłada się na rzeczywiste zmiany zachowań, ze względu na małą motywację do ich wprowadzania obserwowaną u znacznej części chorych. Zatem stosowne wydaje się, także przy współpracy przedstawicieli innych specjalności medycznych, opracowanie skutecznych narzędzi oddziaływania na pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Barański J., Piątkowski W. (red.). Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny. Oficyna Wydawnicza ATUT. Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. Wrocław 2002. ISBN: 83-89247-03-8.
2. Bochniak A. Zachowania zdrowotne jako element zdrowego stylu życia. Lekarz Wojskowy nr 2010/02, s. 187.
3. Ślusarska B., Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. Probl Hig Epidemiol. 2010, nr 91(1). s. 34–40.
4. Swedberg K., Cleland J., Dargie H. Diagnostyka i leczenie przewlekłej niewydolności serca. Wytyczne postępowania Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego – 2005. Kardiol Pol. 2005, tom 63, nr 11, s. 509–543.
5. Miastkowska K., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B., Łukaszuk C. Problemy z zakresu edukacji zdrowotnej wśród pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową. Pielęgniarstwo XXI wieku 2006, nr 1–2 (14-15), s. 91–98.
6. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. Przegląd Epidemiologiczny 2009, nr 63, s. 427–432.
7. Woynarowska B. (red.). Edukacja zdrowotna. PWN. Warszawa 2007. ISBN: 978-83-01-15167-6.
8. Sierakowska M., Wrońska I. Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014. ISBN: 978-83-200-4870-4.
9. Kowalczyk-Sroka B. Model zdrowotnego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne. Via Medica. Lublin 2003.
10. Demel M. O wychowaniu zdrowotnym. WSiP. Warszawa 1968.
11. Sycz T. Co powinniśmy wiedzieć zanim zaczniemy „uprawiać" promocję zdrowia. W Cieniu Czepka 2007, nr 3(185), s. 19–20.

12. Kucharska W., Wilczewska L., Skrzypek-Czerko M. Rola pielęgniarki w ograniczaniu czynników ryzyka nadciśnienia tętniczego. Problemy Pielęgniarstwa 2009, tom 17, zeszyt nr 4.

Evaluation of changes of behaviours of cardiac surgical patients after applying nursing education

Jan Danaj[1], Beata Biernacka [1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences of Health Sciences

►**Summary:**

Introduction. The educational role of a nurse is among the most important roles in health services considering economy, increase in patient satisfaction with medical services and the improvement of a patient's health. Education is the process of subsequent actions, which are logically related and causatively biased, in order to induce changes in a patient's behaviour. Thus, the goal of nursing education in the cardiac surgical ward will be to equip patients with the scope of knowledge and skills in the area of self-care, self-nursing and self-control which, to a considerable extent, will affect the development of the disease, limitation of its consequences, and primarily will restore and maintain in good condition the state of health of a patient.

Objective. Considering the complexity of the scope of problems related with the cardiac surgical ward and nursing education concerning health behaviours of patients, the study was undertaken to assess changes in behaviours of cardiac surgical patients after applying nursing education.

Material and methods. The study was conducted in the Cardiac Surgery Clinic at the Independent Public University Hospital No.4 in Lublin. Research material was collected by the method of a diagnostic survey, using a questionnaire. The study covered 100 patients, and the collected empirical data were subjected to descriptive and statistical analyses.

Results and conclusions. It may be definitely presumed that education carried out by the nursing staff during a patient's hospitalization in the ward results in an increase in the respondents' general and comprehensive knowledge concerning proper health behaviours. The results of the conducted study lead to the conclusion that in the case of nursing education of cardiac surgical patients the problem is not the proper imparting of medical knowledge, but the provision of adequate incentives for undertaking actual health promoting actions. Although education conducted by the nursing staff during hospitalization of the patient in the ward exerts an effect on the patient's willingness to perform a complex change of behaviours into those health promoting; a more comprehensive analysis of the data reveals the actual lack of motivation to make such changes. The patients, while referring to a broad spectrum of issues which have been presented to them by male and female nurses declare that they will generally change their life style into health promoting, with particular consideration of actions exerting a beneficial effect on that sphere.

►**Keywords:** health behaviours of patients, health education, cardiac surgery.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 17–26

Stres i jego uwarunkowania a częstotliwość zachorowań na nowotwór jelita grubego

Iwona Kosiarczyk[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Problemem oddziaływania stresu na zdrowie fizyczne nauka zajmuje się od czasów Selyego. Z badań Blumberga i współpracowników wynika, że u ludzi chorych nowotworowo guzy rosną wolniej, gdy osoby te przejawiają większą elastyczność w reakcji na sytuacje traumatyczne. Natomiast chorych, u których nowotwór rozwijał się gwałtownie, cechował znacząco wyższy poziom depresji, lęku oraz trudności w ekspresji tych stanów. Naukowcy w swoich opracowaniach podkreślają, że stres krótkotrwały nie jest zjawiskiem negatywnym, wręcz przeciwnie, bywa motorem do działania. O szkodliwości stresu mówimy wówczas, gdy jest on długotrwały i prowadzi do sytuacji szkodliwych dla zdrowia.
Cel. Celem przedstawionej pracy było zbadanie tego, jak stres warunkuje częstotliwość zachorowań na nowotwór jelita grubego.
Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 108 pacjentów zróżnicowanych pod względem płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Wśród badanych przeważały kobiety (61%). Najliczniejsza grupa wiekowa to osoby w wieku 31–50 lat (45%). Najwięcej osób miało wykształcenie wyższe (42%). Znaczna część respondentów była mieszkańcami miast (68%), natomiast na wsi mieszkało (32%) badanych. Narzędziem badawczym, które zastosowano, był autorski kwestionariusz ankiety ukierunkowany na poznanie rodzaju stresorów, ich występowania i tego, jak warunkują zachorowalność na nowotwór jelita grubego. Narzędzie badawcze zweryfikowano poprzez uzyskanie opinii niezależnych ekspertów (ocena sędziów kompetentnych) i badania pilotażowe.
Wyniki i wnioski. Uzyskane wyniki potwierdziły, że wszystkie osoby badane poddane były długotrwałemu działaniu stresorów. Stwierdzono również, że większość badanych stanowiły osoby nadpobudliwe, dające się łatwo wyprowadzić z równowagi, co sprzyja pojawieniu się choroby nowotworowej. Jednocześnie stwierdzono, że wśród badanej próby, wiek ma wpływ na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego, zaś osoby w wieku 31–50 lat doświadczają stresu częściej od pozostałych grup wiekowych.
kluczowe: dystres, nowotwór, jelito grube, zachorowalność.

►**Keywords:** dystres, nowotwór, jelito grube, zachorowalność.

Wprowadzenie

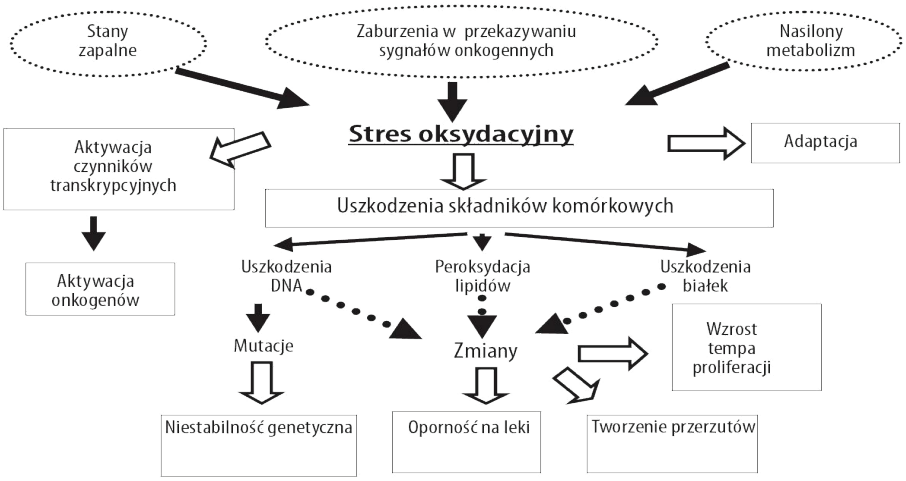
Organizm ludzki przystosowany jest do zwalczania patogenów i przeciwdziałania chorobom. Odpowiedzialny jest za ten proces układ odpornościowy. Układ immunologiczny to zbiór mechanizmów mających na celu identyfikację i likwidację czynników chorobotwórczych, jak i komórek nowotworowych. Ogromny wpływ na działanie i kondycję układu odpornościowego ma stres. Podczas dłu-

gotrwałego i intensywnego poddawania organizmu reakcji stresowej występuje wzmożona produkcja takich hormonów jak kortyzol i adrenalina [1;2].

Jak zaobserwowali naukowcy amerykańscy w artykule opublikowanym w „Journal of Biological Chemistry", adrenalina uodparnia komórki nowotworowe na działanie terapii. Odkrycie to daje podstawy do stwierdzenia, że stres emocjonalny może przyczyniać się do rozwoju nowotworów, jak i obniżać skuteczność terapii przeciwnowotworowej. Wszystkie choroby, które nas atakują, przepuszczane są przez niesprawny lub niewydolny układ immunologiczny. Tylko 5–10% nowotworów ma silne uwarunkowania dziedziczne, pozostałe 90–95% jest wypadkową słabszych czynników genetycznych oraz środowiskowych, takich jak styl życia, kontakt z toksynami, wirusami czy lekami. Taką opinię wyrazili onkolodzy na konferencji prasowej w Warszawie w 2008 roku [3;4]. Naukowcy od lat podejrzewali, że stres może mieć wpływ na wzrost komórek raka. Jednak badania nad tym zagadnieniem prowadzone w dużych grupach pacjentów dawały sprzeczne wyniki. Zespół naukowców, pod kierownictwem Kulika z Uniwersytetu Wake Forest w Winston-Salem, analizował wpływ stresu na komórki raka prostaty i raka piersi. Badacze poddawali komórki nowotworowe działaniu jednego z hormonów stresu – adrenaliny. Jak wykazały badania, pod wpływem adrenaliny w komórkach nowotworowych przestaje działać białko BAD, które jest odpowiedzialne za śmierć komórek [5;6]. Zdaniem naukowców odkrycie to sugeruje, że stres może obniżać skuteczność terapii przeciwnowotworowej poprzez zwiększenie odporności komórki raka na zniszczenie. Zespół dra Kulika rozpoczął już analizę próbek krwi pacjentów z rakiem prostaty, aby sprawdzić, czy zachodzi jakiś związek miedzy poziomem hormonów stresu a tempem rozwoju i agresywnością choroby [7;8].

Badaczki – Ścibior-Bentkowska i Czeczot z Katedry i Zakładu Biochemii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – w publikacji „Komórki nowotworowe a stres oksydacyjny" zauważyły, że „wytwarzanie reaktywnych form tlenu (RFT) jest nieodłącznym elementem tlenowego metabolizmu komórek. Są one jego naturalnymi produktami i w stężeniach fizjologicznych odgrywają ważną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu wielu procesów komórkowych. Zaburzenie równowagi między wytwarzaniem RFT a wydajnością systemów antyoksydacyjnych prowadzi do stresu oksydacyjnego, co skutkuje uszkodzeniami ważnych makrocząsteczek komórkowych, tj. DNA, białek i lipidów [9;10]. Coraz więcej danych wskazuje na udział RFT w transformacji nowotworowej komórek. Stwierdzono występowanie stresu oksydacyjnego w komórkach nowotworowych, ale mechanizmy odpowiedzialne za jego indukcję nie są do końca wyjaśnione. Wiadomo, że obejmują one między innymi stany zapalne i działanie cytokin, sygnały onkogenne, intensywny metabolizm związany z ciągłą proliferacją, mutacje w DNA mitochondrialnym i dysfunkcje w łańcuchu oddechowym [11;12]. Duże stężenie RFT w komórkach nowotworowych może prowadzić do adaptacji komórkowej, wzrostu tempa proliferacji, powstawania mutacji w DNA i niestabilności genomu, a także do oporności na pewne grupy leków stosowanych w terapii nowotworów,

co wspomaga rozwój nowotworu. Zjawisko stresu oksydacyjnego w komórkach nowotworowych może być wykorzystane w poszukiwaniu nowych strategii przeciwnowotworowych [13;14].



Rycina 1. Przyczyny i skutki stresu oksydacyjnego w komórkach nowotworowych. Źródło: www.google.pl [dostęp 2016- 01-02].

Cel

Celem pracy było zbadanie, czy częstotliwość zachorowań na nowotwór jelita grubego jest uwarunkowana przebytym długotrwałym stresem.

Materiał i metody

Badaniem objęto grupę 108 pacjentów zróżnicowanych pod względem płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Większą grupę badanych stanowiły kobiety (61%), natomiast mężczyźni reprezentowani byli wśród respondentów w 39%. Analizując przedział wiekowy respondentów, stwierdzono, że najliczniejsza grupa to osoby w wieku 31–50 lat (45%), następną grupę stanowili pacjenci w wieku 50–70 lat (34%), kolejna grupa to ludzie w wieku 18–30 lat (14%). Najmniej liczną grupą byli chorzy w wieku powyżej 70 lat (6%). Poddawszy analizie wykształcenie osób w grupie badanej, stwierdzono, że najwięcej osób miało wykształcenie wyższe (42%), następnie średnie (36%), później zasadnicze zawodowe (17%), a na końcu wykształcenie podstawowe (6%). Znaczna część respondentów była mieszkańcami miast (68%), natomiast na wsi mieszkało 32% badanych.

Narzędziem badawczym, które zastosowano w badaniu, był autorski kwestionariusz ankiety ukierunkowany na poznanie rodzaju stresorów, ich występowa-

nia i tego, jak warunkują zachorowalność na nowotwór jelita grubego. Narzędzie badawcze zweryfikowano poprzez uzyskanie opinii niezależnych ekspertów (ocena sędziów kompetentnych) i badania pilotażowe.

Wyniki i wnioski

W ocenie badanych w ich życiu w ciągu ostatniego roku wystąpiło zdarzenie będące stresorem i mogące spowodować pojawienie się stresu. Wszystkie ujęte w pytaniu zdarzenia zostały zaznaczone przez respondentów. Osoby badane wskazywały, że najczęściej doświadczyły zmiany w dochodach finansowych(30%), na kolejnym miejscu znalazły się (z niewielkimi wahnięciami procentowymi): śmierć bliskiej osoby w rodzinie (25%), zmiana pracy (26%), obniżenie dochodów (25%). Najrzadziej respondenci zaznaczali dwa stresory: pierwszy to zawarcie małżeństwa (0,93%), a drugi to pozbawienie wolności (0, 93%) (tabela 1).

Tabela 1. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatniego roku doświadczyła Pani/Pan opisanego wydarzenia?"

Rodzaje traumatycznych wydarzeń	%
1/ śmierć bliskiej osoby w rodzinie	25,93%
2/ rozwód	14,81%
3/ śmierć współmałżonka	10,19%
4. utrata pracy	12,96%
5/ choroba w rodzinie	22,22%
6/ obniżenie dochodów	25,00%
7/ kłopoty w pożyciu seksualnym	17,59%
8/ pozbawienie wolności	0,93%
9/ konflikty w pracy	14,81%
10/ zmiana pracy	25,93%
11/ zmiany w dochodach finansowych	29,63%
12/ zawarcie małżeństwa	0,93%
13/ przejście na rentę lub emeryturę	9,26%
14/ opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	12,04%
Liczebność próby N=108. W pytaniu możliwa dowolna liczba odpowiedzi.	

Źródło: badania własne.

Osoby badane w swoich zachowaniach, będących próbą rozładowania stresu, w większości preferowały rozmowę z przyjacielem lub bliską osobą (48%), zastanawiały się, w jaki sposób rozwiązać problem (33%). Na trzecim miejscu znalazło się zachowanie sprzyjające zachorowaniu na nowotwór jelita grubego – palenie papierosów (31%). Również 31% respondentów pozostawia wszystko w rękach pomocy boskiej (tabela 2).

Tabela 2. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: „W jaki sposób stara się Pani/Pan odreagować stres, poprzez:"

Metody odreagowywania stresu	%
1/ rozmowę z przyjacielem, bliską osobą 2/ moje wysiłki koncentrują się na rozwiązaniu problemu	48,15% 24,07%
3/ mówię sobie „to nieprawda"	10,19%
4/ zażywam środki farmaceutyczne, żeby poczuć się lepiej	9,26%
5/ „zajadam" problem	12,04%
6/ liczę na pomoc Boga	31,48%
7/ piję alkohol lub biorę środki uspokajające	15,74%
8/ akceptuję fakt, że to już się stało	21,30%
9/ palę papierosy	30,56%
10/ zastanawiam się, jak najlepiej rozwiązać problem	33,33%
11/ inne…	6,48%
Liczebność próby N=108. W pytaniu możliwa dowolna liczba odpowiedzi.	

Źródło: badania własne.

Osoby badane obserwowały u siebie wszystkie objawy stresu przewlekłego. Najczęściej występowały zaburzenia snu (49%), bóle głowy (43%), następnie w porównywalnych wynikach zmęczenie (32%) i wzrost ciśnienia krwi (31%). Nieco rzadziej respondenci wymieniali bóle brzucha (25%), suchość w ustach (19%), niekontrolowany wybuch płaczu (15%). Najrzadziej obserwowali u siebie zachowanie polegające na nerwowym obgryzaniu paznokci (12%) (tabela 3).

Tabela 3. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: „Jakie objawy stresu obserwuje Pani/Pan u siebie?"

Obserwowane u siebie objawy stresu	%
1/ bóle głowy 2/ obgryzanie paznokci	42,59% 12,04%
3/ zaburzenia snu	49,07%
4/ zmęczenie	32,41%
5/ bóle brzucha	25,00%
6/ suchość w ustach	19,44%
7/ niekontrolowany wybuch płaczu	14,81%
8/ wzrost ciśnienia krwi	31,48%
Liczebność próby N=108. W pytaniu możliwa dowolna liczba odpowiedzi.	

Źródło: badania własne.

68% ankietowanych to osoby łatwo się denerwujące, czyli nadpobudliwe, u których występuje podwyższone ciśnienie krwi i nadczynność kory nadnerczy. Predysponuje to do wzmożonego wytwarzania adrenaliny i kortyzolu. Tylko 32% respondentów uważa, że trudno ich wyprowadzić z równowagi (tabela 4).

Tabela 4. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: „Czy szybko Pani/Pan się denerwuje?"

Temperament badanych	**%**
1/ tak, łatwo się denerwuję	67,59%
2/ nie, trudno mnie wyprowadzić z równowagi	32,41%
Liczebność próby N=108. W pytaniu możliwa tylko jedna odpowiedź.	

Źródło: badania własne

Wśród osób badanych przeważały osoby nerwowe (49%), nadpobudliwe i bardzo nerwowe (11%). Natomiast do typu osób neutralnych, bez emocji zaliczyło siebie 23% respondentów, a do spokojnych 3% (tabela 5).

Tabela 5. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: „Jakim typem człowieka może Pani/Pan siebie określić?"

Typ osobowości	**%**
1/ spokojny	16,67%
2/ neutralny, bez emocji	23,15%
3/ nerwowy	49,07%
4/ bardzo nerwowy, nadpobudliwy	11,11%
Liczebność próby N=108. W pytaniu możliwa tylko jedna odpowiedź.	

Źródło: badania własne

W oparciu o przeprowadzoną analizę w sposób uprawniony można stwierdzić, że w badanej próbie wiek ma wpływ na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego, a osoby w wieku 31–50 lat doświadczają stresu częściej od pozostałych grup wiekowych (tabela 6).

Tabela 6. Wiek a wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego

			Przyjęty poziom istotności:			0,05
Wiek	**Wystąpienie stresu**	**WOb**	**WOcz**	**R**	**KwR**	**IR**
18–30 lat	śmierć bliskiej osoby w rodzinie	1	3,85	-2,85	8,12	2,1097
	rozwód	2	2,20	-0,20	0,04	0,0182
	śmierć współmałżonka	0	1,51	-1,51	2,29	1,5125
	utrata pracy	5	1,93	3,08	9,46	4,9120
	choroba w rodzinie	2	3,30	-1,30	1,69	0,5121
	obniżenie dochodów	6	3,71	2,29	5,23	1,4095
	kłopoty w pożyciu seksualnym	3	2,61	0,39	0,15	0,0575
	pozbawienie wolności	0	0,14	-0,14	0,02	0,1375
	konflikty w pracy	3	2,20	0,80	0,64	0,2909
	zmiana pracy	6	3,85	2,15	4,62	1,2006
	zmiany w dochodach finansowych	5	4,40	0,60	0,36	0,0818
	zawarcie małżeństwa	0	0,14	-0,14	0,02	0,1375
	przejście na rentę lub emeryturę	0	1,38	-1,38	1,89	1,3750
	opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	0	1,79	-1,79	3,20	1,7875
31–50 lat	śmierć bliskiej osoby w rodzinie	12	12,72	-0,72	0,51	0,0404
	rozwód	11	7,27	3,73	13,94	1,9180
	śmierć współmałżonka	0	5,00	-5,00	24,96	4,9958

	utrata pracy	3	6,36	-3,36	11,28	1,7738
	choroba w rodzinie	7	10,90	-3,90	15,21	1,3954
	obniżenie dochodów	11	12,26	-1,26	1,59	0,1300
	kłopoty w pożyciu seksualnym	11	8,63	2,37	5,62	0,6514
	pozbawienie wolności	0	0,45	-0,45	0,21	0,4542
	konflikty w pracy	10	7,27	2,73	7,47	1,0281
	zmiana pracy	21	12,72	8,28	68,61	5,3956
	zmiany w dochodach finansowych	15	14,53	0,47	0,22	0,0150
	zawarcie małżeństwa	1	0,45	0,55	0,30	0,6560
	przejście na rentę lub emeryturę	2	4,54	-2,54	6,46	1,4224
	opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	5	5,90	-0,90	0,82	0,1385
50–70 lat	śmierć bliskiej osoby w rodzinie	11	10,15	0,85	0,72	0,0712
	rozwód	3	5,80	-2,80	7,84	1,3517
	śmierć współmałżonka	9	3,99	5,01	25,13	6,3010
	utrata pracy	6	5,08	0,93	0,86	0,1686
	choroba w rodzinie	13	8,70	4,30	18,49	2,1253
	obniżenie dochodów	10	9,79	0,21	0,05	0,0046
	kłopoty w pożyciu seksualnym	5	6,89	-1,89	3,56	0,5173
	pozbawienie wolności	1	0,36	0,64	0,41	1,1211
	konflikty w pracy	3	5,80	-2,80	7,84	1,3517
	zmiana pracy	1	10,15	-9,15	83,72	8,2485
	zmiany w dochodach finansowych	11	11,60	-0,60	0,36	0,0310
	zawarcie małżeństwa	0	0,36	-0,36	0,13	0,3625
	przejście na rentę lub emeryturę	7	3,63	3,38	11,39	3,1422
	opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	7	4,71	2,29	5,23	1,1104
pow. 70 lat	śmierć bliskiej osoby w rodzinie	4	1,28	2,72	7,38	5,7509
	rozwód	0	0,73	-0,73	0,54	0,7333
	śmierć współmałżonka	2	0,50	1,50	2,24	4,4381
	utrata pracy	0	0,64	-0,64	0,41	0,6417
	choroba w rodzinie	2	1,10	0,90	0,81	0,7364
	obniżenie dochodów	0	1,24	-1,24	1,53	1,2375
	kłopoty w pożyciu seksualnym	0	0,87	-0,87	0,76	0,8708
	pozbawienie wolności	0	0,05	-0,05	0,00	0,0458
	konflikty w pracy	0	0,73	-0,73	0,54	0,7333
	zmiana pracy	0	1,28	-1,28	1,65	1,2833
	zmiany w dochodach finansowych	1	1,47	-0,47	0,22	0,1485
	zawarcie małżeństwa	0	0,05	-0,05	0,00	0,0458
	przejście na rentę lub emeryturę	1	0,46	0,54	0,29	0,6402
	opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego	1	0,60	0,40	0,16	0,2742
Wynik testu chi kwadrat =						79,0438
Liczba stopni swobody =						39
Chi kwadrat teoretyczne =						54,5722

Istotność zależności (istotne, gdy chi kwadrat teoretyczne jest mniejsze od wyliczonego): istnieje

Źródło: Badania własne.

1. Na podstawie analizy zebranego materiału można stwierdzić, że w badanej grupie płeć nie miała wpływu na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego.
2. W badanej grupie wiek miał wpływ na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego.
3. Wykształcenie nie miał wpływu na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego.
4. Rezultaty badań wskazują na to, że miejsce zamieszkania nie miało wpływu na wystąpienie stresu warunkującego zachorowanie na nowotwór jelita grubego.
5. Rezultaty badań pokazują, że osoby bardzo nerwowe i nadpobudliwe, dające się łatwo wyprowadzić z równowagi, stanowiły większość w badanej próbie. Wskazane cechy powodują większe ryzyko wystąpienia stresu.
6. Po przeanalizowaniu zebranych danych jednoznacznie można stwierdzić, że wszyscy respondenci w ciągu ostatniego roku przeżyli zdarzenie życiowe, będące stresorem, co mogło przyczynić się do zachorowania na raka jelita grubego.

Podsumowanie

Wyniki badań własnych jednoznacznie potwierdzają, że w ciągu ostatniego roku w życiu badanych osób wystąpiło zdarzenie określane jako stresor, warunkujące pojawienie się stresu, który w konsekwencji, jak pokazują badania, przyczynia się do zachorowania na nowotwór jelita grubego. Należy więc powiązać odczuwanie długotrwałego stresu z zachorowaniem w badanej grupie na nowotwór jelita grubego. Patrząc na najnowsze badania C. Y. Fang z Fox Chase Cancer Center w Filadelfi, która badała zachorowalność na raka szyjki macicy, stwierdzimy, że stres przewlekły wpływa na osłabienie układu immunologicznego, co powoduje w tym przypadku zmniejszenie zdolności do zwalczania infekcji HPV. Naukowcy zauważyli, że sama infekcja nie prowadzi do rozwoju nowotworu, jednak u pewnego odsetka kobiet z niewydolnym układem immunologicznym dochodzi do rozwoju nowotworu, gdyż limfocyty T, niszczone przez uwalniające się podczas stresu glikokortykoidy, nie spełniają swojej funkcji ochronnej i nie likwidują zmienionych nowotworowo komórek. Niektórzy naukowcy zaobserwowali u osób badanych, że na kilka miesięcy przed wystąpieniem objawów chorobowych borykali się oni z licznymi problemami, sytuacjami stresującymi, z którymi nie umieli oni sobie poradzić [15].

Piśmiennictwo

1. Rudzki L., Frank M., Szulc A., Gałęcka M., Szachta P., Barwinek D. Od jelit do depresji – rola zaburzeń ciągłości bariery jelitowej i następcza aktywacja układu immunologicznego w zapalnej hipotezie depresji. http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=703 [dostęp:18.11.2016].

2. Van der Vliet A, Bast A. Effect of oxidative stress on receptors and signal transmission. Chem Biol Interact 1992; 85: 95–116.
3. Masgras I., Carrera S., de Verdie P.J., Brennan P., Majid A., Makhtar W., Tulchinsky E., Jones G.D.D., Roninson I.B., Macip S. Reactive Oxygen Species and Mitochondrial Sensitivity to Oxidative Stress Determine Induction of Cancer Cell Death by p21 J. Biol. Chem. 2012 287: 9845.
4. Zimnicka A. Sprawozdanie z Konferencji „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2005 roku". Nowotwory Journal of Oncology, 2008, volume 58, Number 3; 287–290, Sprawozdanie/ Report.
5. Hassan S., Karpova Y., Baiz D., Yancey D., Pullikuth A., Flores A., Register T., Cline J.M., D'Agostino R. Jr., Danial N., Datta S.R., Kulik G. Behavioral stress accelerates prostate cancer development in mice. J Clin Invest. 2013;123(2): 874–886.
6. Kulik G. Targeting psychoemotional stress to treat prostate cancer. Asian J Androl. 2013;15(3): 362–363.
7. Hassan S., Karpova Y., Flores A., D'Agostino R. Jr., Kulik G. Surgical stress delays prostate involution in mice. PLoS One. 2013;8(11):e78175.
8. Baiz D., Pinder T.A., Hassan S., Karpova Y., Salsbury F., Welker M.E., Kulik G. Synthesis and characterization of a novel prostate cancer-targeted phosphatidylinositol-3-kinase inhibitor prodrug. J Med Chem. 2012;55(18):8038-8046.
9. Świerocka-Miastkowska M., Klimarczyk M., Mazur R.: Zrozumieć układ limbiczny. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2005;1(5): 47–50.
10. Ścibior-Bentkowska D., Czeczot H. Cancer cells and oxidative stress. Postepy Hig Med Dosw. (online), 2009; 63: 58–72.
11. Ścibior-Bentkowska D., Skrzycki M., Podsiad M., Czeczot H. Changes of the glutathione enzymatic redox system in human gastrointestinal tract tumours. Arch Med Sci 2009; 5, 4: 500–505.
12. Bujanowska-Fedak M.M., Czajor J., Steciwko A. Współczesne aspekty profilaktyki nowotworów jelita grubego. Terapia 2008: 16 (9)s. 55–59.
13. Cohen S., Rabin B.S. Psychologic stress, immunity and cancer. Jurnal of National Cancer Institute 1998, 90: 3–4.
14. Landowski J. Neurobiologia reakcji stresowej. Neuropsychiatr.Neuropsychol. 2007, 2(1): 26–36.
15. Ziemska B. Stan zdrowia pracowników Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Praca doktorska: s. 52.

Conditioning of stress and incidence of colorectal cancer

Iwona Kosiarczyk[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. From the times of Selye until today, science has dealt with the problem of the effect of stress on physical health. Studies by Blumberg et al. showed that in patients with cancerous diseases the tumours grew more slowly when these persons manifested a greater flexibility in reacting to traumatic situations, whereas patients in whom the carcinoma developed rapidly were characterized by a considerably higher level of depression, anxiety, and difficulty in expressing these states. In their reports, researchers emphasize that short-lasting stress is not a negative phenomenon, just the opposite, it sometimes becomes the driving force to action. The hazardous effect of stress is mentioned when this stress is long-lasting and leads to situations hazardous for health.

Objective. The objective was to investigate the effect of the conditioning of distress on the incidence of colorectal cancer.

Material and methods. The study covered a group of 108 patients who differed with respect to gender, age, education and place of residence. According to gender, the largest group were females (61%), while the largest age group were respondents aged 31–50 (45%). The largest number of respondents had university education (42%). A considerable percentage of respondents were urban inhabitants (68%), while 32% lived in rural areas. The research instrument was a questionnaire biased towards the recognition of the type of stressors, their occurrence, and their conditioning of morbidity due to colorectal cancer. The research instrument was verified by obtaining opinions of independent experts (competent judges' assessment) and a pilot study.

Results and conclusions. The results obtained confirmed that all the patients in the study were subjected to the long-term effect of stressors. It was also found that the majority of respondents were hyperactive and quickly lost their temper, which favours the development of a cancerous disease. At the same time, it was observed that in the sample examined, age had an effect on the occurrence of distress conditioning the development of colorectal cancer, whereas persons aged 31–50 experienced stress more frequently than other age groups.

► **K e y w o r d s :** distress, colorectal cancer, morbidity.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 27–37

Ocena jakości życia pacjentów z toczniem układowym

Elżbieta Teresińska[1], Leszek Szewczyk[1]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**

Wprowadzenie. Diagnoza przewlekłej choroby budzi lęk, niepokój o dalsze życie. Często nie pozwala na realizację pragnień i celów życiowych. Obserwacje wskazują, jak nieprzewidywalność tej choroby, ograniczenia, konieczność częstych hospitalizacji znacząco wpływają na jakość życia pacjentów. W toczniu układowym wiele elementów wpływa na jakość życia pacjentów. Dominują objawy ze strony układu ruchu takie jak: ból, zapalenie, deformacje stawów, ograniczenie ich ruchomości, a także osłabienie siły mięśniowej. U wielu chorych pojawiają się zmiany skórne naczyniowe lub rumieniowe, które stanowią defekt kosmetyczny, a co za tym idzie zmniejszają samoocenę chorego. Wszystko to powoduje, że wielu pacjentów wycofuje się z życia zawodowego, towarzyskiego, rodzinnego, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia ich jakości życia.

Cel. Ocena poziomu jakości życia pacjentów z toczniem układowym oraz wskazanie wpływu tej choroby na funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 51 chorych z rozpoznaniem tocznia układowego Materiał badany zebrano za pomocą standaryzowanego kwestionariusza ankiety WHOQOL-BREF (wersja skrócona), *Skali akceptacji choroby* (AIS) oraz części zawierającej dane społeczno-demograficzne.

Wyniki i wnioski. Średnia wartość ogólnej jakości życia wynosiła 3,53 pkt i była statystycznie zależna od poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów. Zauważono bardzo silną korelację pomiędzy wszystkimi dziedzinami jakości życia a akceptacją choroby. Wykazano istotne statystycznie różnice między danymi społeczno-demograficznymi a oceną jakości życia pacjentów. Wykazano, że istnieje silny związek pomiędzy akceptacją choroby a oceną jakości życia w poszczególnych dziedzinach. Stwierdza się, że osoby z wykształceniem wyższym, z dużego miasta i będące w związku małżeńskim odczuwają lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, relacjach społecznych i środowisku. Poziom wykształcenia znacznie różnicuje poziom akceptacji choroby. Większa akceptacja choroby wpływa na większe zadowolenie i poprawę jakości życia pacjentów z toczniem układowym.

►**Słowa kluczowe:** jakość życia, pacjent, toczeń układowy.

Wprowadzenie

Toczeń rumieniowaty układowy jest przewlekłą chorobą o podłożu autoimmunologicznym oraz jedną z układowych chorób tkanki łącznej, która doprowadza do uszkodzenia wielu tkanek i narządów. Występuje na całym świecie. Dotyczy głównie młodych osób, zwłaszcza kobiet w wieku rozrodczym (20–40 lat). Charakteryzuje się okresami zaostrzeń i remisji [1].

Choroba ta doprowadza do poważnego uszkodzenia narządów, czasem zagrożenia życia pacjentów. Często też prowadzi do niesprawności, pogarszając funkcjonowanie w różnych dziedzinach i aspektach życia. TRU jest przyczyną problemów zdrowotnych, psychicznych, socjalnych i ekonomicznych [2].

Nie określono jednoznacznie przyczyny tocznia rumieniowatego układowego, jednak występują pewne czynniki ryzyka tej choroby, wśród których można wymienić:

1. Czynniki środowiskowe – wśród nich przede wszystkim światło słoneczne i promieniowanie ultrafioletowe; nadwrażliwość na słońce powoduje występowanie zmian skórnych, natomiast promieniowanie ultrafioletowe uszkadza naskórek, który usuwają makrofagi. U osób cierpiących na toczeń usuwanie tych obumarłych komórek jest zaburzone, a te fragmenty naskórka, które pozostają na skórze stają się łatwym „celem" dla autoprzeciwciał. Powoduje to powstanie charakterystycznych dla tocznia zmian na skórze [3].
2. Leki – np. prokainamid, hydralazyna, izoniazyda, metylodopa i inne – prowadzą do powstania zespołu tocznia polekowego; stan zdrowia pacjenta poprawia się po odstawieniu tego leku [4].
3. Czynniki hormonalne – czynniki te najbardziej ujawniają się w czasie ciąży, kiedy to wyraźnie zaostrza się aktywność choroby, zwłaszcza kiedy są już zajęte nerki i występuje dodatkowo nadciśnienie tętnicze [5].
4. Czynniki infekcyjne – powodują indukcję odpowiedzi autoimmunologicznej; podejrzewa się m.in. ludzkie retrowirusy, wirus Epsteina-Barr, niektóre bakterie [6].
5. W przypadku ok. 4–12% chorych na toczeń układowy, choroba ta często występuje u krewnych pierwszego stopnia [7].
6. Wśród bliźniaków jednojajowych częstość tocznia rumieniowatego układowego wynosi 30–50% [8].
7. Inne – najczęściej wymienia się tutaj różnego rodzaju substancje chemiczne, np. rozpuszczalniki organiczne, związki krzemu, a także nieodpowiednią dietę (wysokotłuszczową) oraz nikotynizm, które mogą wpływać na rozwój chorób autoimmunologicznych. Ochronnie w tym zakresie działają kwasy tłuszczowe nienasycone oraz witamina D [9].

Toczeń rumieniowaty układowy przebiega w taki sposób, że powstają przeciwciała, które skierowane są przeciwko własnym komórkom i tkankom, a te zaś indukują proces zapalny i prowadzą w konsekwencji do niszczenia zajętego chorobowo narządu. Autoprzeciwciała najczęściej odkładają się w takich narządach jak: nerki, naczynia krwionośne i serce, w skórze, tworząc tzw. kompleksy immunologiczne, które atakują krwinki i zmieniają w ten sposób aktywność komórek nerwowych oraz czynników krzepnięcia krwi [10].

W toczniu układowym wiele elementów wpływa na jakość życia pacjentów. Dominują objawy ze strony układu ruchu takie jak: ból, zapalenie, deformacje stawów, ograniczenie ich ruchomości, a także osłabienie siły mięśniowej. U wielu

chorych pojawiają się zmiany skórne naczyniowe lub rumieniowe, które stanowią defekt kosmetyczny, a co za tym idzie zmniejszają samoocenę chorego. Wszystko to powoduje, że wielu pacjentów wycofuje się z życia zawodowego, towarzyskiego, rodzinnego, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia ich jakości życia [11].

Diagnoza przewlekłej choroby budzi lęk, niepokój o przyszłość oraz dalsze życie. Często nie pozwala na realizację pragnień i celów życiowych. Obserwacje wskazują, jak nieprzewidywalność tej choroby, ograniczenia, konieczność częstych hospitalizacji znacząco wpływają na jakość życia pacjentów [12].

Cel

Celem badań była próba oceny jakości życia pacjentów z toczniem układowym oraz wskazanie wpływu tej choroby na funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia.

Materiał i metody

Badaniami objęto 51 chorych z rozpoznaniem tocznia układowego, w wieku od 20 do 58 lat, średnia wieku wynosiła 36,78 ±9,06 lat (Me=36 lat). Wśród ankietowanych większość stanowiły kobiety (88,24%; n=45). Ankietowani najczęściej posiadali wykształcenie wyższe, (47,06%, n=24) lub średnie, (33,33%, n=17), natomiast 17,65%, (n=9) badanych miało wykształcenie zawodowe i 1,96%, (n=1) podstawowe, najczęściej byli w związku małżeńskim, (60,78%, n=31), natomiast 33,33%, (n=17) respondentów stanowiły panny i kawalerowie, zaś 1,96%, (n=1) osoby w separacji i 3,93%, (n=2) owdowiałe. W badanej grupie 41,18%, (n=21) chorych mieszkało w dużym mieście, zaś 33,33%, (n=17) w małym mieście i 25,49%, (n=13) na wsi. Średni czas trwania choroby wynosił 9,23 ± 8,45 lat (zakres od 0,50 do 37,00 lat; Me=7,00 lat). Ankietowani w 39,22%, (n=20) chorowali do 5 lat, natomiast 29,41%, (n=15) badanych chorowało na toczeń od 6 do 10 lat i 31,37%, (n=17) ponad 10 lat.

Materiał badawczy został zebrany za pomocą narzędzia badawczego, który składał się z trzech odrębnych części. Pierwsza część to opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) standaryzowany kwestionariusz WHOQOL – BREF oceniający jakość życia jednostki zarówno zdrowej, jak i chorej, dotyczący wszystkich sfer jakości życia. Drugą część stanowi *Skala akceptacji choroby* (AIS) wg B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen. Część trzecia zawiera podstawowe dane społeczno-demograficzne.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany, kwartyli i odchylenia standardowego, a parametrów niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch

grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Do zbadania związku pomiędzy jakością życia a oceną zaburzeń seksualnych zastosowano korelację R Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w zakresie dziedziny fizycznej ankietowani odczuwali najlepszą jakość życia w podskalach: „ból i dyskomfort", „mobilność" oraz „czynności życia codziennego", natomiast nieznacznie gorszą jakość życia odczuwali w podskalach: „zależność od leków i leczenia", „energia i zmęczenie", „wypoczynek i sen" oraz „zdolność do pracy" (tabela 1).

Tabela 1. Wyniki poszczególnych podskal dziedziny fizycznej

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
Czynności życia codziennego	3,84	4,00	3,00	4,00	0,86
Zależność od leków i leczenia	3,45	4,00	3,00	4,00	0,90
Energia i zmęczenie	3,69	4,00	3,00	5,00	1,07
Mobilność	3,94	4,00	4,00	5,00	0,97
Ból i dyskomfort	4,02	4,00	4,00	4,00	0,71
Wypoczynek i sen	3,55	4,00	3,00	4,00	1,03
Zdolność do pracy	3,51	4,00	3,00	4,00	0,97

Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w zakresie dziedziny psychologicznej ankietowani odczuwali najlepszą jakość życia w podskalach: „samoocena" oraz „wygląd zewnętrzny", zaś nieznacznie gorszą w ocenie podskalach: „negatywne uczucia" i „duchowość, religia lub wiara osobista", zaś najgorzej były ocenione podskale: „myślenie", „uczenie się", „pamięć i koncentracja", „pozytywne uczucia" (tabela 2).

Tabela 2. Wyniki poszczególnych podskal dziedziny psychologicznej

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch.std.
Wygląd zewnętrzny	3,78	4,00	3,00	4,00	0,90
Negatywne uczucia	3,51	4,00	3,00	4,00	0,64
Pozytywne uczucia	3,06	3,00	3,00	4,00	0,76
Samoocena	3,82	4,00	3,00	4,00	0,71
Duchowość/religia/osobista wiara	3,35	3,00	3,00	4,00	0,98
Myślenie/uczenie się/ pamięć/koncentracja	2,86	3,00	2,00	3,00	0,96

Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że w dziedzinie relacji społecznych ankietowani odczuwali najlepszą jakość życia w podskalach: „wsparcie społeczne" oraz „związki osobiste", zaś gorszą w podskali „aktywność seksualna" (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki poszczególnych podskal dziedziny relacje społeczne.

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch. std.
Związki osobiste	3,88	4,00	3,00	4,00	0,82
Wsparcie społeczne	3,96	4,00	3,00	4,00	0,75
Aktywność seksualna	3,58	4,00	3,00	4,00	0,95

Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w dziedzinie „środowisko" ankietowani odczuwali najlepszą jakość życia w podskalach: „środowisko domowe", „transport" oraz „możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności", natomiast gorzej była oceniana jakość życia w innych podskalach (tabela 4).

Tabela 4. Wyniki poszczególnych podskal dziedziny środowisko

Podskale	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch.std.
Zasoby finansowe	3,41	3,00	3,00	4,00	0,96
Wolność/bezpieczeństwo fizyczne psychiczne	3,33	3,00	3,00	4,00	0,74
Zdrowie i opieka zdrowotna: Dostępność, jakość	3,61	4,00	3,00	4,00	0,78
Środowisko domowe	4,22	4,00	4,00	5,00	0,74
Możliwości zdobywania nowych informacji umiejętności	3,84	4,00	3,00	5,00	0,95
Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	3,35	3,00	3,00	4,00	1,02
Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	3,33	3,00	3,00	4,00	0,59
Transport	3,88	4,00	4,00	4,00	0,74

Źródło: badania własne.

Z badań wynika, że najlepszą jakość życia badani uzyskali w dziedzinie „relacje społeczne" oraz w dziedzinie fizycznej, zaś najgorszą w dziedzinie psychologicznej. Ogólna jakość życia była oceniona przez ankietowanych przeciętnie, podobnie ogólna percepcja zdrowia (tabela 5).

Tabela 5. Wyniki poszczególnych dziedzin jakości życia

Dziedziny	Średnia	Mediana	Dolny kwartyl	Górny kwartyl	Odch.std.
Ogólna jakość życia	3,53	4,00	3,00	4,00	0,81
Ogólna percepcja zdrowia	3,25	3,00	3,00	4,00	0,91
Dziedzina fizyczna	14,86	15,43	13,14	17,14	2,89
Dziedzina psychologiczna	13,59	13,33	12,00	15,33	2,44
Dziedzina relacje społeczne	15,29	16,00	13,33	17,33	2,75
Dziedzina środowisko	14,48	15,00	13,14	16,00	2,18

Źródło: badania własne.

Mężczyźni odczuwali nieznacznie lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach niż kobiety. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic między kobietami a mężczyznami w ocenie jakości życia w poszczególnych dziedzinach. Nie stwierdzono także istotnych różnic w ocenie ogólnej jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia, (p>0,05), (tabela 6).

Tabela 6. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem płci (test Manna-Whitneya).

Dziedziny	Kobiety			Mężczyźni				
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	Z	P
Ogólna jakość życia	3,49	4,00	0,82	3,83	4,00	0,75	0,75	0,46
Ogólna percepcja zdrowia	3,20	3,00	0,87	3,67	3,50	1,21	0,85	0,40
Dziedzina fizyczna	14,69	15,43	2,94	16,10	16,00	2,33	0,98	0,33
Dziedzina psychologiczna	13,42	13,33	2,40	14,89	15,33	2,59	1,34	0,18
Dziedzina relacje społeczne	15,14	16,00	2,76	16,44	16,67	2,62	1,10	0,27
Dziedzina środowisko	14,45	15,00	2,20	14,75	15,00	2,16	0,34	0,74

Źródło: badania własne.

Stwierdzono, że ankietowani w wieku 31–40 lat odczuwali lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach w porównaniu z badanymi w wieku do 30 lat oraz 40 lat i więcej. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w ocenie dziedziny „środowisko", (p=0,02) oraz różnice bliskie istotności statystycznej w ocenie jakości życia w dziedzinie „relacje społeczne"oraz w ocenie ogólnej percepcji zdrowia (p=0,06), natomiast w ocenie pozostałych dziedzin i w ogólnej ocenie jakości życia różnice nie były istotne statystycznie (p>0,05) (tabela 7).

Tabela 7. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem wieku (test Kruskala-Wallisa)

Dziedziny	Do 30 lat			31–40 lat			40 lat i więcej			H	P
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.		
Ogólna jakość życia	3,33	3,50	1,23	3,71	4,00	0,62	3,40	3,00	0,63	2,21	0,33
Ogólna percepcja zdrowia	2,67	3,00	1,07	3,50	4,00	0,78	3,33	3,00	0,82	5,53	0,06
Dziedzina fizyczna	13,14	13,43	3,79	15,55	15,43	2,60	15,12	15,43	1,99	3,93	0,14
Dziedzina psychologiczna	13,00	12,33	2,91	13,94	14,33	2,33	13,51	13,33	2,29	1,45	0,48
Dziedzina relacje społeczne	13,78	14,00	3,03	16,06	16,00	2,68	15,29	16,00	2,25	5,73	0,06
Dziedzina środowisko	13,46	13,25	2,09	15,19	15,50	2,09	14,17	14,00	2,12	7,42	0,02*

Źródło: badania własne.

Ankietowani z wykształceniem wyższym odczuwali lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach oraz w ocenie ogólnej jakości życia i ogólnej per-

cepcji zdrowia niż badani z wykształceniem średnim oraz podstawowym lub zawodowym. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie dziedziny fizycznej (p=0,01) oraz „środowisko", (p=0,02), natomiast nie wykazano istotnych różnic pomiędzy grupami w ocenie pozostałych dziedzin oraz w ocenie ogólnej jakości życia i ogólnej percepcji zdrowia (p>0,05) (tabela 8).

Tabela 8. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)

Dziedziny	Podstawowe/ zawodowe			Średnie			Wyższe			H	P
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.		
Ogólna jakość życia	3,70	4,00	0,67	3,18	3,00	0,95	3,71	4,00	0,69	3,37	0,18
Ogólna percepcja zdrowia	3,10	3,00	0,74	2,88	3,00	1,05	3,58	4,00	0,78	5,32	0,07
Dziedzina fizyczna	15,09	15,14	1,43	13,08	13,71	3,40	16,02	16,57	2,35	8,64	0,01*
Dziedzina psychologiczna	13,40	13,33	2,62	12,67	12,67	2,37	14,33	14,67	2,27	4,44	0,11
Dziedzina relacje społeczne	14,93	15,33	2,65	14,98	16,00	2,85	15,67	16,00	2,79	1,45	0,48
Dziedzina środowisko	13,60	13,75	2,01	13,82	14,50	2,37	15,32	15,50	1,86	7,51	0,02*

Źródło: badania własne.

Pacjenci mieszkający w dużym mieście lub małym mieście odczuwali lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach w porównaniu z badanymi, którzy mieszkali na wsi. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie ogólnej percepcji zdrowia (p=0,04) oraz w ocenie jakości życia w dziedzinie fizycznej (p=0,03), natomiast nie wykazano istotnych różnic w ocenie jakość życia ogólnej i w pozostałych dziedzinach (p>0,05) (tabela 9).

Tabela 9. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (test Kruskala-Wallisa)

Dziedziny	Duże miasto			Małe miasto			Wieś			H	P
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.		
Ogólna jakość życia	3,81	4,00	0,60	3,18	3,00	1,01	3,54	4,00	0,66	4,72	0,09
Ogólna percepcja zdrowia	3,62	4,00	0,74	2,88	3,00	1,05	3,15	3,00	0,80	6,68	0,04*
Dziedzina fizyczna	16,00	16,57	2,36	13,71	14,86	3,56	14,51	14,29	2,07	7,19	0,03*
Dziedzina psychologiczna	14,41	14,67	2,26	13,18	12,67	2,59	12,82	12,67	2,31	4,20	0,12
Dziedzina relacje społeczne	15,81	16,00	2,90	14,51	16,00	2,25	15,49	16,00	3,06	2,98	0,23
Dziedzina środowisko	14,94	15,00	1,69	14,35	14,50	2,69	13,92	15,00	2,16	1,41	0,50

Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani będący w związku odczuwali lepszą jakość życia w poszczególnych dziedzinach oraz w ocenie ogólnej jakości życia i percepcji zdrowia niż osoby stanu wolnego. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy grupami w ocenie ogólnej percepcji zdrowia (p=0,05) oraz w ocenie jakości życia w dziedzinie „relacje społeczne" (p=0,03), natomiast nie wykazano istotnych różnic w ocenie jakości życia ogólnej i w pozostałych dziedzinach (p>0,05) (tabela 10).

Tabela 10. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem stanu cywilnego (test Manna-Whitneya)

Dziedziny	W związku			Wolny			Z	P
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.		
Ogólna jakość życia	3,58	4,00	0,67	3,45	4,00	1,00	-0,30	0,76
Ogólna percepcja zdrowia	3,48	4,00	0,72	2,90	3,00	1,07	-1,97	0,05*
Dziedzina fizyczna	15,34	15,43	2,46	14,11	14,86	3,38	-1,20	0,23
Dziedzina psychologiczna	14,00	14,00	2,35	12,97	12,67	2,50	-1,47	0,14
Dziedzina relacje społeczne	16,00	16,00	2,41	14,20	14,67	2,94	-2,17	0,03*
Dziedzina środowisko	14,92	15,00	1,89	13,80	14,50	2,46	-1,65	0,10

Źródło: badania własne.

Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie jakości życia ogólnej oraz w ocenie ogólnej percepcji zdrowia, a także w ocenie jakości życia w poszczególnych dziedzinach, z uwzględnieniem czasu trwania choroby (tabela 11).

Tabela 11. Ocena jakości życia w poszczególnych dziedzinach z uwzględnieniem czasu trwania choroby (test Kruskala-Wallisa)

Dziedziny	Do 5 lat			6–10 lat			Powyżej 10 lat			H	P
	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.	Średnia	Mediana	Odch.std.		
Ogólna jakość życia	3,65	4,00	0,75	3,33	4,00	0,90	3,56	4,00	0,81	0,78	0,68
Ogólna percepcja zdrowia	3,25	3,00	0,91	3,13	3,00	0,99	3,38	3,50	0,89	0,31	0,85
Dziedzina fizyczna	15,26	15,43	2,51	14,10	14,86	3,51	15,07	15,43	2,74	0,53	0,77
Dziedzina psychologiczna	13,80	13,67	2,45	13,60	14,00	2,09	13,33	12,67	2,84	0,22	0,90
Dziedzina relacje społeczne	15,07	16,00	2,17	15,11	16,00	3,13	15,75	16,00	3,13	0,73	0,69
Dziedzina środowisko	14,75	14,75	2,09	14,04	14,50	1,61	14,56	15,25	2,75	2,03	0,36

Źródło: badania własne.

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Ogólna jakość życia chorych na toczeń układowy jest nieznacznie lepiej oceniana od ogólnej percepcji zdrowia. Najwyższy poziom jakości życia stwierdza się w zakresie dziedziny fizycznej i relacji społecznych.
2. Jakość życia w dziedzinie fizycznej jest istotnie różnicowana przez poziom wykształcenia w zakresie podskal: „mobilność", „energia i zmęczenie", „ból i dyskomfort" oraz „zdolność do pracy", natomiast płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, czas trwania choroby oraz częstość wizyt u lekarza w większości podskal nie różnicują istotnie jakości życia.
3. W zakresie dziedziny psychologicznej, „relacje społeczne" i „środowisko" stwierdza się istotne różnice w zakresie podskal: „samoocena", „negatywne uczucia", „myślenie i koncentracja", „aktywność seksualna", „możliwość uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku" oraz w zakresie podskali „transport i możliwość zdobywania informacji".
4. Stwierdza się, że osoby w wieku 31–40 lat oraz z wykształceniem wyższym, z dużego miasta i będące w związku małżeńskim odczuwają lepszą jakość życia w dziedzinie fizycznej, psychologicznej, w relacjach społecznych i środowisku.
5. Poziom wykształcenia istotnie różnicuje poziom akceptacji choroby. Im wyższy poziom wykształcenia, tym akceptacja jest większa.
6. Istnieje silny związek pomiędzy akceptacją choroby a jakością życia w poszczególnych dziedzinach i ich podskalach. Lepsza akceptacja choroby wpływa na poprawę jakości życia pacjentów.

Podsumowanie

W ocenie jakości życia chorego z toczniem układowym ważna jest mobilizacja do walki z chorobą, która przybiera formę wyzwania. Wyzwanie to ma na celu zaakceptowanie choroby i przystosowanie się do nowej sytuacji życiowej.

Piśmiennictwo

1. Majdan M. Toczeń rumieniowaty układowy. Reumatologia 2012; 50, 2: 103–110.
2. Brzosko M. Reumatologia kliniczna. Wyd. Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin 2010: 151–160.
3. Bertsias G., Ioannidis J.P.A., Boletis J. et al., EULAR recommendations for management of systemic lupus erythematosus. Report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics. Ann Rheum Dis 2008; 67: 195–205.
4. Mosca M., Tani C., Aringer M. et al., European League Against Rheumatism recommendations for monitoring patients with systemic lupus erythematosus

in clinical practice and in observational studies. Ann Rheum Dis 2010: 69: 1269–1274.

5. Miniszewska J., Juczyński Z., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska A., Woźniacka A. Wyznaczniki jakości życia chorych na toczeń rumieniowaty układowy. Przegląd Lekarski 2006; 63 (4): 188–190.
6. Majdan M. (red.) Toczeń rumieniowaty układowy w Polsce. Raport. On-line. Warszawa 2012. http://3majmysierazem.pl/wp-content/uploads/2015/11/raport-TRU_calosc.pdf [dostęp:01.12.2015].
7. Zalewska-Puchała J., Nowakowska M., Majda A., Bodys-Cupak I. The quality of life the patients with systemic lupus erythematosus. Problemy Pielęgniarstwa 2014, tom 22, zeszyt nr 2.
8. Musiał J., Sznajd J. Toczeń rumieniowaty układowy. W: A. Szczeklik, P. Gajewski (red.). Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna 2009: 804–813.
9. Kulczycka L., Sysa-Jędrzejowska A., Robak E. Jakość życia chorych na układowy toczeń rumieniowaty ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań. Postępy Hig Med Dośw 2007; 61: 472–477.
10. Daniluk A.E., Stępień-Słodkowska M., Kaczmarczyk M. Jakość życia pacjentki z toczniem rumieniowatym układowym – opis przypadku. Journal of Education, Health and Sport ISSN 2391-8306 formerly Journal of Health Sciences ISSN 1429-9623 /2300-665X: 4 (2014) pp. 26–32.
11. Olesińska M., Więsik-Szewczyk E., Chwalińska-Sadowska H. Ocena aktywności tocznia rumieniowatego układowego w ciąży. Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej 2007, 117/7, s. 312–316.
12. Kafel J., Cichoń L., Derejczyk M. Współwystępowanie tocznia rumieniowatego układowego (SLE) z zaburzeniami depresyjnymi – opis przypadku. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008, 17/3, s. 243–245.

Evaluation of the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus

Elżbieta Teresińska[1], Leszek Szewczyk[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. Diagnosis of a chronic disease evokes fear and anxiety concerning the future and further life. It frequently does not allow the attainment of desires and life goals. Observations show how the unpredictability of this disease, its limitations, and the necessity for frequent hospitalizations considerably affect the quality of life of patients. In systemic lupus erythematosus, many elements exert an effect on the quality of life of patients. There dominate symptoms on the part of the motor system, such as: pain, inflammation, deformation of the joints and mobility limitation, as well as the weakening of muscular strength. In many patients, there occur dermal vascular or erythematous changes, which are a cosmetic defect decreasing the patient's self-esteem. Due to all the above-mentioned problems many patients withdraw from occupational, social and family life which, in consequence, leads to the deterioration of their quality of life.

Objective. Evaluation of the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus, and indication of the effect of this disease on functioning in various domains of life.

Material and methods. In the study participated 51 patients with the diagnosis of systemic lupus erythematosus. The material was collected using the standardized questionnaire WHO-QOL-BREF (short version), the Acceptance of Illness Scale (AIS), and the part containing socio-demographic data.

Results and conclusions. The mean value of the overall quality of life was 3.53 scores, and was statistically dependent on the level of acceptance of the disease among patients. A very strong correlation was observed between all the domains of the quality of life and the acceptance of illness. Statistically significant differences were found between socio-demographic data and the assessment of the quality of life.

A very strong relationship was confirmed between acceptance of the illness and evaluation of the quality of life in individual domains. It was found that respondents with university education, from a large city and who were married, perceived a better quality of life in the physical and psychological spheres, social relations and in the environment. The level of acceptance of the illness significantly differed according to education level. A higher acceptance of the disease resulted in higher satisfaction and the improvement of the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus.

► **K e y w o r d s :** quality of life, patient, systemic lupus erythematosus.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 39–50

Wybrane aspekty stylu życia chorych z marskością wątroby zakażonych wirusem HCV

Lidia Sierpińska[1], Beata Wojtczak[2]

[1] Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie
[2] Studenckie Koło Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Zakażenie wirusem HCV może doprowadzić do przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C, które stanowi ryzyko rozwoju marskości wątroby i pierwotnego raka wątroby. Zdaniem naukowców antyzdrowotny styl życia przyspiesza proces włóknienia miąższu wątroby i doprowadza do upośledzenia funkcji tego narządu.
Cel. Rozpoznanie stylu życia chorych z pozapalną marskością wątroby z powodu zakażenia wirusem HCV.
Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone wśród 104 osób dorosłych: 43 mężczyzn i 61 kobiet, hospitalizowanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu. Dobór respondentów do badań był celowy; wybrano chorych z pozapalną marskością wątroby, którzy byli zakażeni wirusem HCV. Badanie przeprowadzono w pierwszym półroczu 2016 roku. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, zaś narzędziem – autorski kwestionariusz ankiety.
Wyniki. Około ¾ badanych (72,1%) nie znało objawów pozapalnej marskości wątroby. U respondentów stwierdzono deficyt wiedzy odnośnie do żywienia dietetycznego – średni poziom (54,8%), niski poziom (44,2%). Czasami przestrzegało dietę 48,1% badanych, nie przestrzegało diety 44,2% chorych. Liczna grupa badanych (42,3%) paliła papierosy. U ponad ½ badanych aktywność fizyczna uległa zmniejszeniu, a ¼ respondentów zaniechała aktywności fizycznej. Odpoczynek bierny preferowało 40,4% badanych, a 14,4% chorych nie miało czasu na odpoczynek. Znaczny odsetek badanych (79,3%) nie był narażony na przewlekły stres, a dla pozostałych źródłem stresu były: warunki w pracy, atmosfera w rodzinie, objawy choroby. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu niezależności x^2. Przyjęto poziom istotności dla $p<0,05$.
Wnioski. Chorym z pozapalną marskością wątroby z powodu zakażenia wirusem HCV należy poświęcać więcej czasu, prowadząc wśród nich edukację zdrowotną na temat: istoty choroby, zasad żywienia dietetycznego, eliminacji nałogu palenia papierosów, aktywności fizycznej. W edukacji zdrowotnej chorych należy prezentować podmiotowe podejście, udzielać im wsparcia psychicznego z uwagi na narażenie na stres w miejscu pracy, atmosferę w rodzinie i objawy choroby.

►**Słowa kluczowe:** marskość wątroby, styl życia zakażonych wirusem HCV.

Wprowadzenie

Wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą zakaźną wywoływaną przez wirus HCV (ang. hepatitis C virus). Wyróżnia się dwie postaci WZW typu C –

ostrą oraz przewlekłą. Z danych szacunkowych wynika, że charakterystyczną cechą zakażenia wirusem HCV jest niska (około 1%) częstość objawowego ostrego wirusowego zapalenia wątroby, z bardzo wysokim odsetkiem (60–85%) przewlekania procesu chorobowego [1].

Ryzyko przejścia choroby w stadium przewlekłe zależy od cech pacjenta, m.in. od wieku, w jakim doszło do infekcji, płci, wskaźnika BMI, pochodzenia etnicznego. Czynnikiem warunkującym rozwój procesu przewlekłego jest także genotyp wirusa, choroba współistniejąca i zachowania antyzdrowotne osoby zakażonej, np. spożywanie alkoholu, a także przebieg stadium ostrego. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C może przez wiele lat przebiegać bezobjawowo, ale w tej fazie dochodzi do postępującego włóknienia wątroby i upośledzenia jej funkcji [2].

Zdaniem naukowców istnieje 20% prawdopodobieństwo wystąpienia marskości wątroby w okresie od 10 do 20 lat od zakażenia wirusem HCV [3]. Wieloletni proces włóknienia wątroby może doprowadzić do rozwoju raka wątrobowokomórkowego [4].

Z literatury przedmiotu wynika, że u chorych z marskością wątroby z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C stosuje się nowoczesne terapie [5]. Dla wielu chorych jedyną możliwą formą leczenia jest przeszczep wątroby.

W procesie leczenia chorych z marskością wątroby istotny jest styl życia, a szczególnie dieta, unikanie nałogów, aktywność fizyczna i zawodowa. Prozdrowotne zachowania mogą mieć wpływ na spowolnienie procesu chorobowego [6, 7].

Cel

Rozpoznanie stylu życia chorych z pozapalną marskością wątroby z powodu zakażenia wirusem HCV.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 104 dorosłych chorych z marskością wątroby. Dobór grupy badawczej był celowy. Dobrano chorych z pozapalną marskością wątroby, u których stwierdzono przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C. Badanie zrealizowano w okresie od marca do kwietnia 2016 r. Badani pacjenci byli hospitalizowani w Oddziale Chorób Wewnętrznych Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu. Proces badań był poprzedzony uzyskaniem zgody ordynatora oddziału oraz świadomej zgody pacjenta na udział w badaniu. W badanej grupie chorych przeważały kobiety – 61 kobiet (58,7%), a mężczyzn było 43 (41,3%). Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 46–55 lat (57,7%), około 1/3 badanych było w przedziale wieku 36 - 45 lat (32,7%), a najmniej liczebną grupą byli badani powyżej 55 lat (9,6%). Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta (81 osób – 77,9%), a 23 respondentów (22,1%) mieszkało na wsi. Najwięcej ankietowanych miało wykształcenie średnie, tj. 72 osoby (69,2%). Około 1/3 badanych

(31 osób – 29,8%) legitymowała się wykształceniem zasadniczym zawodowym, a jedna osoba miała wyższe wykształcenie. Nikt z badanych nie był z podstawowym wykształceniem. Najliczniejsza grupa badanych była w związku małżeńskim – 76 osób (73,1%), 25 osób (24,0%) było rozwiedzionych, 2 osoby (1,9%) były owdowiałe, a 1 osoba była w stanie wolnym. Najwięcej respondentów zakażonych wirusem HCV leczyło się z powodu marskości wątroby od 4 do 5 lat (44,2%). Na dalszym miejscu byli badani leczeni powyżej 5 lat – 29 osób (27,9%); od 2 do 3 lat – 20 osób (19,2%). Najmniej liczebną grupę stanowili respondenci leczeni poniżej 1 roku – 9 osób (8,7%).

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta, zaś narzędziem badawczym – autorki kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby pracy. Proces badania był poprzedzony badaniem pilotażowym. Kwestionariusz ankiety zawierał 28 pytań usystematyzowanych w dwóch grupach tematycznych: pytań dotyczących stylu życia (22 pytania) oraz pytań metryczkowych (6 pytań). Analizę zgromadzonych danych przeprowadzono przy użyciu testu niezależności x^2. Przyjęto poziom istotności dla $p<0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu Statistica 10.0.

Wyniki badań

Stwierdzono, że liczna grupa badanych (90,4%) wiedziała, czym jest pozapalna marskość wątroby z powodu zakażania wirusem HCV. Około 1/3 badanych (29 osób – 27,9%) znało okoliczności zakażania: 11 badanych podało, że do zakażenia wirusem HCV doszło u nich podczas zabiegu chirurgicznego, 17 uznało, że podczas zabiegu stomatologicznego, a jedna osoba podała, że podczas wykonywania tatuażu.

Badanych chorych poproszoną o samoocenę poziomu wiedzy na temat prawidłowego odżywiania w związku z pozapalną marskością wątroby. Najczęściej badani oceniali, iż ich poziom wiedzy jest średni (57 osób – 54,8%), a na drugim miejscu podawali, że niski (46 osoby – 44,2%). Jedna kobieta uznała, że nie ma wiedzy na ten temat. Nikt z respondentów nie uznał swojej wiedzy za wysoką.

Odpowiedzi badanych przeanalizowano również pod kątem przestrzegania zaleconej diety w związku z pozapalną marskością wątroby. Stwierdzono, że najwięcej badanych czasami przestrzegało dietę (50 osób – 48,1%), drugą co do liczebności grupę stanowiły osoby nieprzestrzegające diety (46 osób – 44,2%). Pojedyncze osoby (8 osób – 7,7%) przestrzegały diety (tabela 1).

Tabela 1. Przestrzeganie diety przez badanych a płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania

Czy Pan/i przestrzega diety w związku z pozapalną marskością wątroby?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	W	M
Tak	n	8	7	1	1	0	7	0	8
	%	7,7%	11,5%	2,3%	2,9%	0,0%	70,0%	0,0%	9,9%
Nie	n	46	28	18	12	32	2	18	28
	%	44,2%	45,9%	41,9%	35,3%	53,3%	20,0%	78,3%	34,6%
Czasami	n	50	26	24	21	28	1	5	45
	%	48,1%	42,6%	55,8%	61,8%	46,7%	10,0%	21,7%	55,6%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	23	81
Stat. (test Chi2) - „P”		-	p=0,153		p=0,00000			p=0,001	

Źródło: badania własne.

W ocenie stylu odżywiania badanych z pozapalną marskością wątroby z powodu zakażenia wirusem HCV wzięto pod uwagę ich wiedzę na temat przeciwwskazanych pokarmów. Ponad ½ badanych (55 osób – 52,9%) znała przeciwwskazane pokarmy w związku z marskością wątroby, 49 osób (47,1%) nie posiadało takiej wiedzy. Brak wiedzy zadeklarowali głównie badani z wykształceniem zasadniczym zawodowym (21 osób – 67,7%), a na drugim miejscu z wykształceniem średnim (27 badanych – 37,5%).

Respondentów poproszono, aby podali przynajmniej trzy przeciwwskazane produkty żywieniowe w pozapalnej marskości wątroby. Ponad ½ badanych (55 osób – 52,9%) wymieniła od 1 do 3 przeciwwskazanych produktów żywieniowych, takich jak: mięso wieprzowe (46 osób – 83,6%), alkohol (38 osób – 69,1%), sery (33 osoby 60,0%) i żółty ser (27 osób – 49,1%), tłuszcze (16 osób – 29,1%).

Istotnym czynnikiem ryzyka marskości wątroby są nałogi, uzależnienia, które uaktywniają dolegliwości i przyśpieszają proces włóknienia narządu. Badanych poproszono, aby w kwestionariuszu ankiety podali swoje antyzdrowotne nawyki, między innymi, by odnieśli się do spożywania alkoholu. Większość badanych (55 osób – 52,9%) stwierdziła, że nie piła alkoholu w okresie badań i nigdy nie piła alkoholu. Mniej niż połowa badanych (48 osób – 46,2%) nie piła alkoholu w okresie badań, ale piła w przeszłości (tabela 2).

Tabela 2. Spożywanie alkoholu przez badanych a płeć, wiek, miejsce zamieszkania

Czy Pan/i spożywa lub spożywał/a alkohol?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	W	M
Obecnie nie piję, ale piłem/am w przeszłości	n	48	31	17	13	29	6	19	29
	%	46,2%	50,8%	39,5%	38,2%	48,3%	60,0%	82,6%	35,8%

Tak, piję	n	1	0	1	0	1	0	1	0
	%	1,0%	0,0%	2,3%	0,0%	1,7%	0,0%	4,3%	0,0%
Nie piję i nigdy nie piłem/am	n	55	30	25	21	30	4	3	52
	%	52,9%	49,2%	58,1%	61,8%	50,0%	40,0%	13,0%	64,2%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	23	81
Stat. (test Chi2) - „P"		-	p=0,286		p=0,629			p=0,00003	

Źródło: badania własne.

Z uwagi na szkodliwe działanie nikotyny na narządy wewnętrzne człowieka, zapytano chorych z pozapalną marskością wątroby, czy palą papierosy? Po przeanalizowaniu danych liczbowych stwierdzono, że respondenci najczęściej podawali odpowiedź: „tak, palę" (44 badanych – 42,3%), a na drugim miejscu odpowiedź: „nie palę i nigdy nie paliłem/am" (37 osób – 35,6%). W okresie badań „nie paliło, ale paliło w przeszłości" 23 respondentów (22,1%) (tabela 3).

Tabela 3. Palenie papierosów przez badanych a płeć, wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania

Czy Pan/i pali lub palił/a papierosy?		Razem K	Płeć		Wiek [lata]			Wykszt.		Miejsce zam.	
			M	36–45	46–55	>55	zaw.	śred.	W	M	
Obecnie nie palę, ale paliłem/am w przeszłości	n	23	12	11	11	6	6	6	17	16	7
	%	22,1%	19,7%	25,6%	32,4%	10,0%	60,0%	19,4%	23,6%	69,6%	8,6%
Tak, palę	n	44	24	20	0	44	0	21	23	1	43
	%	42,3%	39,3%	46,5%	0,0%	73,3%	0,0%	67,7%	31,9%	4,3%	53,1%
Nie palę i nigdy nie paliłem/am	n	37	25	12	23	10	4	4	32	6	31
	%	35,6%	41,0%	27,9%	67,6%	16,7%	40,0%	12,9%	44,4%	26,1%	38,3%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	31	72	23	81
Stat. (test Chi2) - „P"		-	p=0,383		p=0,00000			p=0,002		p=0,00000	

Źródło: badania własne.

Respondentów zapytano także, jak często piją kawę. Stwierdzono, że badani z marskością wątroby najczęściej pili kawę kilka razy dziennie – (37 osób – 35,6%), na drugim miejscu podawali, że jeden raz w ciągu dnia (35 osób – 33,7%). Na dalszej pozycji byli badani, którzy pili kawę kilka razy w tygodniu (28 osób – 26,9%).

Wśród substancji działających toksycznie na wątrobę są różne leki i dlatego w autorskim kwestionariuszu ankiety ujęto pytanie o to, czy chorzy z pozapalną marskością wątroby nadużywają leków uspokajających, nasennych. Z analizy zgromadzonego materiału badawczego wynika, że respondenci najczęściej nie nadużywali leków uspokajających (65 osób – 62,5%), na drugiej pozycji znalazły się osoby potwierdzające ich nadużywanie (39 osób – 37,5%). Ponadto stwierdzono, że

respondenci najczęściej podawali odpowiedź, iż nie nadużywali leków nasennych (78 osób – 75%), a ¼ badanych ich nadużywała (26 osób – 25,0%),(tabela 4, 5).

Tabela 4. Nadużywanie leków uspokajających przez badanych a wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania

Czy Pan/i nadużywa leków uspokajających?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Wykszt.		Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	zaw.	śred.	W	M
Tak	n	39	7	32	14	24	1	18	21	13	26
	%	37,5%	11,5%	74,4%	41,2%	40,0%	10,0%	58,1%	29,2%	56,5%	32,1%
Nie	n	65	54	11	20	36	9	13	51	10	55
	%	62,5%	88,5%	25,6%	58,8%	60,0%	90,0%	41,9%	70,8%	43,5%	67,9%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	31	72	23	81
Stat. (test Chi2) - „P”		-	p=0,00000		p=0,166			p=0,01		p=0,03	

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Nadużywanie leków nasennych przez badanych a płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania

Czy Pan/i nadużywa leków nasennych?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Wykszt.		Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	zaw.	śred.	W	M
Tak	n	26	21	5	18	5	3	3	23	2	24
	%	25,0%	34,4%	11,6%	52,9%	8,3%	30,0%	9,7%	31,9%	8,7%	29,6%
Nie	n	78	40	38	16	55	7	28	49	21	57
	%	75,0%	65,6%	88,4%	47,1%	91,7%	70,0%	90,3%	68,1%	91,3%	70,4%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	31	72	23	81
Stat. (test Chi2) - „P”		-	p=0,01		p=0,00001			p=0,02		p=0,04	

Źródło: badania własne.

W przypadku marskości wątroby nie ma żadnych przeciwwskazań co do aktywności fizycznej, wręcz zalecany jest ruch, który wpływa korzystnie na pracę układu trawiennego. Wobec powyższego wśród zmiennych zależnych uwzględniono aktywność fizyczną chorych z pozapalną marskością wątroby. Stwierdzono, że większość respondentów z pozapalną marskością watroby nie prowadziła aktywnego trzybu życia (92 badanych – 88,5%). Aktywnosć fizyczną przejawiała nieliczna grupa chorych (12 badanych – 11,5%).

W ocenie stylu życia chorych z pozapalną marskoscią watroby z powodu wirusowego zapalenia watoby typu C uznano za istotne rozpoznanie, w jaki sposób badani odpoczywają. Badani najczęściej odpoczywali czynnie (47 osób – 45,2%), a na drugim miejscu podawali odpoczynek bierny (42 osoby – 40,4%), zaś 15 osób (14,4%) nie miało czasu na odpoczynek (tabela 6).

Tabela 6. Sposoby odpoczynku badanych a płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania

W jaki sposób najczęściej Pan/i odpoczywa?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Wykszt.		Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	zaw.	śred.	W	M
Odpoczynek czynny	n	47	41	6	17	24	6	4	43	2	45
	%	45,2%	67,2%	14,0%	50,0%	40,0%	60,0%	12,9%	59,7%	8,7%	55,6%
Odpoczynek bierny	n	42	17	25	3	35	4	27	15	11	31
	%	40,4%	27,9%	58,1%	8,8%	58,3%	40,0%	87,1%	20,8%	47,8%	38,3%
Nie mam czasu na odpoczynek	n	15	3	12	14	1	0	0	14	10	5
	%	14,4%	4,9%	27,9%	41,2%	1,7%	0,0%	0,0%	19,4%	43,5%	6,2%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	31	72	23	81
Stat. (test Chi2) - „P”		-	p=0,00000		p=0,00000			p=0,00000		p=0,00000	

Źródło: badania własne.

W badaniach uwzględniono także charakter pracy zawodowej osób z pozapalną marskością wątroby. Stwierdzono, że praca respondentów najczęściej przebiegała w pozycji wymuszonej (30 osób – 28,8%), druga grupa to osoby, których praca miała charakter „siedzący” (6 osób – 25,0%).

Respondentom zadano pytanie, czy są narażeni na przewlekły stres. Respondenci najczęściej podawali, że nie byli narażeni na przewlekły stres – 83 badanych (79,8%), a 1/5 badanych potwierdziła obecność takiego stresu (21 osób – 20,2%).

Respondentów zapytano o źródła ich stresu. Około 1/3 badanych (35 osób – 33,7%) podała swoje źródła przewlekłego stresu. Respondenci najczęściej wskazywali tu warunki w pracy (22 osoby – 62,9%), na kolejnej pozycji atmosferę w rodzinie (6 osób – 17,1%). Objawy choroby znalazły się na trzecim miejscu (4 osoby 11,4%). Mężczyźni częściej (19 mężczyzn – 79,2%) niż kobiety (3 kobiety – 27,3%) podali jako źródło stresu warunki w pracy. Kobiety częściej (5 kobiet – 45,5%) niż mężczyźni (1 mężczyzna – 4,2%) uważały, że stresogenna jest atmosfera w rodzinie. Objawy choroby częściej wpływały na stres w grupie mężczyzn (3 mężczyzn – 12,5%) niż u kobiet (1 kobieta – 9,1%).

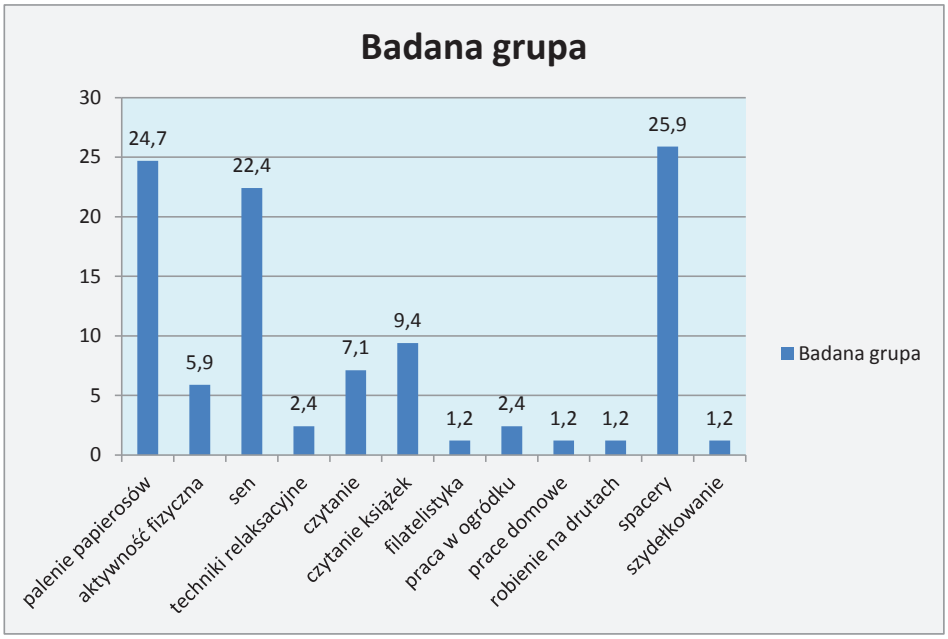
W zapobieganiu chorobom odstresowym ważna jest umiejętność rozładowania stresu, dlatego też zapytano badanych, czy posiadają umiejętności rozładowania napięć emocjonalnych związanych ze stresem. Na podstawie analizy danych liczbowych stwierdzono, że przeważnie badani radzili sobie z rozładowywaniem stresu (58 osób – 55,8%), a 46 osób (44,2%) nie posiadało tej umiejętności (tabela 7).

Tabela 7. Umiejętność rozładowania napięcia emocjonalnego związanego ze stresem a płeć, wiek, miejsce zamieszkania

Czy Pan/i potrafi rozładować u siebie napięcie emocjonalne związane ze stresem?		Razem	Płeć		Wiek [lata]			Miejsce zam.	
			K	M	36–45	46–55	>55	W	M
Tak	n	58	36	22	3	48	7	2	56
	%	55,8%	59,0%	51,2%	8,8%	80,0%	70,0%	8,7%	69,1%
Nie	n	46	25	21	31	12	3	21	25
	%	44,2%	41,0%	48,8%	91,2%	20,0%	30,0%	91,3%	30,9%
Ogółem	n	104	61	43	34	60	10	23	81
Stat. (test Chi2) - „P”		-	p=0,427		p=0,00000			p=0,000000	

Źródło: badania własne.

Część badanych podała sposoby rozładowania stresu. Badani najczęściej rozładowywali u siebie napięcie emocjonalne poprzez: spacery (22 osoby – 25,9%), palenie papierosów (21 osób – 24,7%), sen (19 osób – 22,4%) i czytanie książek (8 osób – 9,4%) (wykres 1).



Wykres 1. Sposoby rozładowania napięcia emocjonalnego z powodu stresu wg badanych. Źródło: badania własne.

Kobiety częściej (21 kobiet – 46,7%) niż mężczyźni (1 mężczyzna – 2,5%) spacerowały, aby rozładować u siebie negatywne emocje. Mężczyźni częściej (19 mężczyzn – 47,5%) niż kobiety (2 kobiety – 4,4%) palili papierosy. Sen częściej prefe-

rowali mężczyźni (15 mężczyzn – 37,5%) niż kobiety (4 kobiety – 8,9%), a książki częściej czytały kobiety (7 kobiet – 15,6%) niż mężczyźni (1 mężczyzna – 2,5%).

Dyskusja

Z danych szacunkowych wynika, że w Polsce w 2005 r. zakażonych wirusem HCV było około 600 000 osób, a w 2013 r. około 730 000. Zdecydowana większość zachorowań w kraju na WZW typu C (około 80%) wiąże się z zabiegami medycznymi wykonanymi w podmiotach leczniczych. Z analiz epidemiologicznych wynika, że są to dane niedoszacowane [8]. Ocenia się, że co najmniej 50% osób zakażonych nie wie o toczącym się procesie chorobowym. Często choroba przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, a do ustalenia rozpoznania dochodzi przez przypadek [9].

Z badań własnych wynika, że 94 osoby (90,4%) wiedziały, czym jest pozapalna marskość wątroby, a 10 respondentów (9,6%) nie posiadało takiej wiedzy. Około ¾ badanych (75 osób – 72,1%) nie wiedziało, w jakich okolicznościach doszło u nich do zakażenia wirusem HCV, a 29 osób (27,9%) znało okoliczności zakażenia.

Zdaniem naukowców nieprzestrzeganie diety, niewłaściwe żywienie, niedożywienie chorych z marskością wątroby z powodu WZW typu C nasila postęp choroby [10].

Z badań własnych wynika, że ponad połowa respondentów (57 osób – 54,8%) deklarowała średni poziom wiedzy na temat prawidłowego odżywiania w związku z pozapalaną marskością wątroby, na drugim miejscu badani podawali, że jest on niski (46 osoby – 44,2%). Jedna kobieta uznała, że nie ma wiedzy na ten temat. Nikt z respondentów nie uznał swojej wiedzy za wysoką. Czasami przestrzegało diety 50 badanych (48,1%), 46 respondentów (44,2%) nie przestrzegało diety, a nieliczni (8 osób – 7,7%) przestrzegali zaleceń dietetycznych.

Dla pacjentów z pozapalną marskością wątroby istotnym czynnikiem ryzyka choroby są nałogi, uzależnienia, które uaktywniają dolegliwości i przyśpieszają proces włóknienia wątroby. Szczególnie alkohol nasila proces włóknienia [11].

Z przeprowadzonej analizy materiału badawczego wynika, że większość badanych (50 osób – 52,9%) stwierdziła, że nie pije i nigdy nie piła alkoholu. Liczna grupa respondentów (48 osób – 46,2%) nie piła w okresie choroby, ale piła w przeszłości. Liczna grupa badanych (44 osoby – 42,3%) paliła papierosy. Nigdy nie paliło papierosów 37 respondentów (35,6%); nie paliło w okresie badań, ale paliło w przeszłości 23 chorych (22,1%). Leków uspakajających nie nadużywało 65 badanych (62,5%), a leków nasennych nie nadużywało 78 chorych (75,0%). Poza tym nie stwierdzono naużywania kawy.

W przypadku marskości wątroby nie ma żadnych przeciwwskazań co do aktywności fizycznej, wręcz zalecany jest ruch, który wpływa korzystnie na pracę układu trawiennego. Naukowcy zalecają umiarkowaną aktywność fizyczną w przewlekłym zapaleniu wątroby [12].

Na podstawie badań własnych stwierdzono, że liczna grupa badanych (92 chorych – 88,5%) przed zachorowaniem nie dbała o aktywność fizyczną. Ponad ½ badanych (54 chorych – 51,9%) oświadczyła, że w związku z chorobą aktywność uległa jeszcze zmniejszeniu, a ¼ respondentów (25 osób – 24,0%) oświadczyła, że doszło u nich do zaniechania aktywności fizycznej Odpoczynek bierny preferowało 42 badanych (40,4%), a 15 badanych (14,4%) nie miało czasu na odpoczynek.

Zdaniem badaczy u 35% badanych osób, zakażonych wirusem HCV i nieleczonych, stwierdzono emocjonalne wyczerpanie, a depresja była najczęściej obserwowaną nieprawidłowością. Ogólnie u pacjentów z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C dominowało poczucie alienacji [13].

Z badań własnych wynika, że większość badanych (83 chorych – 79,3%) nie była narażona na przewlekły stres. Pozostali respondenci najczęściej podawali, iż ich źródłem stresu były warunki w pracy (22 osoby – 62,9%) oraz atmosfera w rodzinie (6 osób – 17,1%). Objawy choroby znalazły się na trzecim miejscu (4 osoby 11,4%). Mężczyźni częściej (19 mężczyzn – 79,2%) niż kobiety (3 kobiety – 27,3%) wymienili warunki w pracy jako źródło stresu. Częściej kobiety (5 kobiet – 45,5%) niż mężczyźni (1 mężczyzna – 4,2%) uważały, że jest to atmosfera w rodzinie. Objawy choroby częściej wpływały na stres w grupie mężczyzn (3 mężczyzn – 12,5%) niż u kobiet (1 kobieta – 9,1%). Ponad połowa respondentów posiadała umiejętność rozładowania stresu (58 osób – 55,8%), a 46 osób (44,2%) podało, że nie ma tej umiejętności.

Niniejsza praca odzwierciedla wybrane aspekty stylu życia chorych z pozapalną marskością wątroby z powodu zakażenia wirusem HCV. Otrzymane wyniki dowodzą, że jest potrzeba prowadzenia edukacji zdrowotnej, dostosowanej do tej grupy chorych.

Wnioski

1. Należy poświęcać więcej czasu chorym z pozapalną marskością wątroby, przeznaczając go na edukację zdrowotną poświęconą istocie choroby, zasadom żywienia dietetycznego, eliminacji nałogu palenia papierosów, aktywności fizycznej.
2. W edukacji zdrowotnej należy uwzględniać indywidualne podejście do chorych z uwagi na zróżnicowany poziom wiedzy zdrowotnej, płeć, różnorodne wykształcenie i pochodzenie.
3. W opiece nad chorym z pozapalną marskością wątroby należy uwzględniać wsparcie psychiczne z uwagi na narażenie na stres w miejscu pracy, atmosferę w rodzinie i objawy choroby.

Piśmiennictwo

1. Cieśla A., Mach T. Choroba stłuszczeniowa *wątroby w przewlekłym zapaleniu wątroby typu C.* Postępy Nauk Medycznych 2010; 1: 86–90.
2. Raport systemowy WZW typu C. Konieczność zmian w organizacji systemu zdrowia.www.ceestahc.org/pliki/nasze_publikacje/.../Raport_systemowy_WZW_typu_C.pdf [dostęp dnia 09.11.2016 r.].
3. Porro GB., Gemer M. (red.) Gastroenterologia i hepatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 544.
4. Reggiardo MV., Fay F., Tanno M., et al. Natural history of hepatitis c virus infection in a cohort of asymptomatic post-transfused subjects. Annals of Hepatology 2012; 11(5): 658–666.
5. Berkan-Kawińska A., Skubała A., Piekarska A. Nowoczesne terapie marskości wątroby w przebiegu zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C. Hepatologia 2015; 15: 33–43.
6. Kanikowska A., Grzymisławski K. Żywienie pacjentów z niewyrównaną marskością wątroby. Terapia 2008; 6: 75–77.
7. Konecki M. Leczenie żywieniowe w chorobach wątroby. Postępy Żywienia Klinicznego 2008; 3: 42–44.
8. Kamińska A., Bednarska A., Radkowski M. Pozawątrobowa replikacja wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV). Przegl. Epidemiol. 2003; 57: 317–322.
9. Sierpińska L. Hepatitis C as an epidemiological problem in the polish population. Medical and Biological Scienes 2015; 29: 41–46.
10. Ismail FW., Khan RA., Kamani L., Wadalawala AA., Shah HA. Nutritional status in patients with Hepatitis C. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2012; 22(3): 139–142.
11. Jeong WI., Park O., Gao B. Abrogation of the antifi brotic eff ects of natural killer cells/interferon-gamma contributes to alcohol acceleration of liver fi brosis. Gastroenterology 2008; 134: 248–258.
12. Deibert P., Blum HE. Acute and chronic hepatitis and sport. International SportMed Journal 2009; 10(2): 61–65.
13. Boroń-Kaczmarska A., Leszczyszyn-Pynka M., Szpak A. Jakość życia chorych z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C. Zakażenia 2004; 2: 66–68.

Selected aspects of life style of patients with cirrhosis infected with HCV virus

Lidia Sierpińska[1], Beata Wojtczak[2]

[1] Military Clinical Hospital with Polyclinic, Independent Public Health Care Unit, Lublin
[2] Students' Scientific Circle, College of Business and Entrepreneurship, Ostrowiec Świętokrzyski

► **S u m m a r y :**
Introduction. Infection with HCV virus may lead to chronic hepatitis C, which creates the risk of development of cirrhosis of the liver and primary liver cancer. According to researchers, an anti-health life style accelerates the process of fibrillation of the liver parenchyma and leads to the impairment of this organ.
Objective. Recognition of the life style of patients with pro-inflammatory cirrhosis of the liver due to HCV virus infection.
Material and methods. The study was conducted among 104 adults: 43 males and 61 females, hospitalized in the Internal Diseases Ward at the Provincial Medical Centre in Grójec. The selection of respondents for the study was targeted; the patients with pro-inflammatory cirrhosis of the liver infected with HCV were selected. The study was conducted during the first half of 2016, by the method of a diagnostic survey, using the questionnaire technique, and a questionnaire designed by the author.
Results. Approximately ¾ of respondents (72.1%) were not familiar with the symptoms of cirrhosis of the liver. Among the respondents, a deficit of knowledge was observed concerning dietetic nutrition – a 'mediocre' level (54.8%), and 'low' level (44.2%); 48.1% of respondents observed a diet 'sometimes', while 44.2% of patients did not observe any diet. A large number of respondents were smokers (42.3%). In more than ½ of the patients examined, physical activity decreased, whereas ¼ of respondents discontinued physical activity. As many as 40.4% of respondents preferred passive leisure, and 14.4% of patients had no time for rest. A considerable percentage of respondents (79.3%) were not exposed to chronic stress, while for the reminder the source of stress were: work conditions, atmosphere in the family, and symptoms of the disease. Statistical analysis was performed using chi-square test for independence. The p values $p<0.05$ were considered statistically significant.
Conclusions. More time should be devoted to the health education of patients with pro-inflammatory cirrhosis of the liver due to HCV infection, concerning: the essence of the disease, principles of dietary nutrition, elimination of the smoking habit, and physical activity. In the health education of patients a subjective approach should be presented, they should be provided psychological assistance considering exposure to stress at the workplace, atmosphere in the family and symptoms of the disease.

► **K e y w o r d s :** cirrhosis, life style of patients infected with HCV virus.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 51–59

Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie aktywności fizycznej i sportowej osób dotkniętych niepełnosprawnością

Artur Szubarczyk[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Niepełnosprawność jest coraz szerszym zjawiskiem wynikającym z postępu technologicznego (nowoczesnych metod podtrzymywania życia, przemysłu, motoryzacji czy lokomocji). Bardzo często spowodowana jest tempem życia oraz zaniedbaniem i zaniechaniem aktywności fizycznej. Zadaniem społeczeństwa jest przeciwdziałanie niepełnosprawności, neutralizowanie jej skutków oraz pomoc niepełnosprawnym w powrocie do życia we wszystkich jego aspektach, w odzyskaniu i utrzymaniu sprawności. Dobra znajomość problemów oraz potrzeb osób niepełnosprawnych jest podstawą do prawidłowego przeprowadzenia procesu usprawniającego, leczniczego oraz pielęgnacyjnego. Stąd wymóg właściwego poziomu wiedzy na ten temat wśród personelu medycznego. Sport oraz aktywność ruchowa inwalidów mają swoje odzwierciedlenie w utrzymaniu ogólnej sprawności organizmu i funkcjonowaniu na co dzień.
Cel. Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie aktywności fizycznej i sportowej osób dotkniętych niepełnosprawnością.
Materiał i metody. Poziom wiedzy badano kwestionariuszem ankiety stworzonym na potrzeby pracy badawczej, który został poddany standaryzacji. Badanie przeprowadzono na grupie 100 osób, posiadających wykształcenie pielęgniarskie oraz zatrudnionych w wyuczonym zawodzie.
Wyniki i wnioski. Przeprowadzone badania wykazały braki wiedzy dotyczącej niektórych kwestii sportu inwalidzkiego oraz aktywności fizycznej osób niepełnosprawnych – przede wszystkim wiedzy w zakresie uprawiania niektórych dyscyplin sportowych, informacji na temat działalności zrzeszeń, stowarzyszeń, organizacji i klubów sportowych związanych z aktywizacją oraz sportem inwalidów. Niekorzystnie wypadało ogólne zainteresowanie sportem. Widoczny był stan obojętności w odniesieniu do wydarzeń sportowych z udziałem osób niepełnosprawnych, brak styczności ze środowiskiem osób niepełnosprawnych.

►**Słowa kluczowe:** niepełnoprawność, aktywność fizyczna, personel medyczny, poziom wiedzy.

Wprowadzenie

Według danych statystycznych, biorąc pod uwagę populację globu, aż 10% stanowią osoby niepełnosprawne. Niepełnosprawność należy rozumieć jako wszelkie ograniczenie lub brak wynikający z ograniczenia zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla istoty ludzkiej [1;2].

Niepełnosprawność bardzo często jest przyczyną zepchnięcia człowieka na margines społeczny. Ludzie ci zaczynają żyć gdzieś z boku, poza głównym nurtem życia społecznego. Stan ten uniemożliwia należyte zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych [3;4]. Jest to bardzo poważny problem, którego nie powinno się bagatelizować ze względu na dynamikę wzrostu zjawiska niepełnosprawności, w tym także w Polsce, gdzie, jak się szacuje, około 15% to niepełnosprawni. Wzrost niepełnosprawności powoduje konieczność poszukiwania oraz wypracowania pewnych, coraz nowszych, a zarazem skuteczniejszych rozwiązań systemowych, pozwalających przełamywać brak wiedzy w zakresie rozmiarów tego zjawiska oraz brak informacji co do stopnia upośledzenia osób niepełnosprawnych w różnych sferach życia. Niedostatek tej wiedzy nie pozwala na oszacowanie rozmiarów i rodzajów pomocy niezbędnej osobom niepełnosprawnym [5;6;7]. Nieznajomość ograniczeń oraz możliwości osób niepełnosprawnych powoduje, że świadomość społeczna jest znacząco zniekształcona, często w wyniku tych braków powstaje nieprawdziwy obraz dotyczący osób niepełnosprawnych oraz ich życia.

Bardzo istotne jest, aby w procesie rozwiązywania problemów życiowych osób niepełnosprawnych, podczas podejmowania decyzji liczyć się z ich opinią. Wiek XX, pomimo licznych niedogodności i negatywnych zjawisk w postaci wojen, nieszczęść spowodowanych przez człowieka, przez przyrodę, zaowocował również docenieniem wartości ogólnoludzkich. Pojawiła się racjonalna troska o ludzi niepełnosprawnych, ujawniająca się w staraniach o ich rehabilitację oraz w dążeniu do znormalizowania ich życia. Zaczęto zauważać potrzebę możliwie maksymalnej integracji osób niepełnosprawnych w zwykłych formach życia, co miało wpływ na powstawanie i rozwój różnych służb socjalnych, organizacji i stowarzyszeń, wspomagających te osoby w uzyskaniu założonych celów. Problematyka zaspokajania potrzeb ludzi niepełnosprawnych wyszła poza ramy zainteresowania towarzystw społecznych, regionalnych, narodowych, stając się zagadnieniem międzynarodowym [8;9;10]. Na arenie międzynarodowej swą działalność zapoczątkowały takie organizacje jak: Rehabilitation International, Czerwony Krzyż, Światowa Federacja Głuchych oraz wiele innych. W dużej mierze dzięki szeroko zakrojonej działalności instytucji takiego typu w coraz większym stopniu możliwa była integracja osób niepełnosprawnych ze zdrową częścią społeczeństwa [11;12].

Działania ukierunkowane na zwalczanie trudności i przeszkód, z jakimi na co dzień borykają się ludzie niepełnosprawni (w postaci barier kulturowych, barier architektonicznych), umożliwiły im uczestnictwo w życiu społecznym, w pełnym tego słowa znaczeniu. W dzisiejszych czasach błędem w postępowaniu jest dyskryminowanie oraz izolowanie osób niepełnosprawnych, uniemożliwiające im funkcjonowanie w społeczeństwie. Ważną kwestią jest, aby sami niepełnosprawni, ich rodzice, prawni opiekunowie mieli wpływ na własną przyszłość dzięki podejmowanym przez siebie decyzjom. Bardzo często decyzje te dotyczą rehabilitacji, ćwiczeń fizycznych, aktywności i sportu. Należy tu podkreślić ogromny

wpływ wskazanych czynników na samodzielność, poziom samoobsługi, jakość życia osób niepełnosprawnych oraz ich powrót do życia w społeczeństwie.

Sport inwalidów jest ważnym środkiem profilaktycznym i terapeutycznym zalecanym przez lekarzy, a zarazem akceptowanym i tolerowanym przez osoby niepełnosprawne [13;14]. Sport ma ogromny udział w procesie rehabilitacji oraz w powrocie do życia w społeczeństwie. Aktywny tryb życia osób niepełnosprawnych korzystnie wpływa na formę, sprawność fizyczną oraz wydolność organizmu. Znacząco poprawia i kształtuje zakres samoobsługi, pomaga w samodzielnym funkcjonowaniu.

Uprawianie sportu przez osoby niepełnosprawne pozwala im poznać własne możliwości oraz ograniczenia. Poprzez zaangażowanie w sport ludzie niepełnosprawni nabywają umiejętności niezbędnych i pomocnych w pokonywaniu własnych słabości oraz doskonaleniu zachowanych funkcji i możliwości. Sport niepełnosprawnych oraz różne formy aktywnego spędzania przez nich czasu to także możliwość utrzymywania kontaktów oraz bliskich relacji, o różnym charakterze, z innymi osobami, w tym także w pełni zdrowymi. Dobra znajomość problemów oraz potrzeb osób niepełnosprawnych jest podstawą prawidłowego przeprowadzenia procesu usprawniającego, leczniczego oraz pielęgnacyjnego [15;16].

Cel

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie aktywności fizycznej i sportowej osób dotkniętych niepełnosprawnością.

Materiał i metody

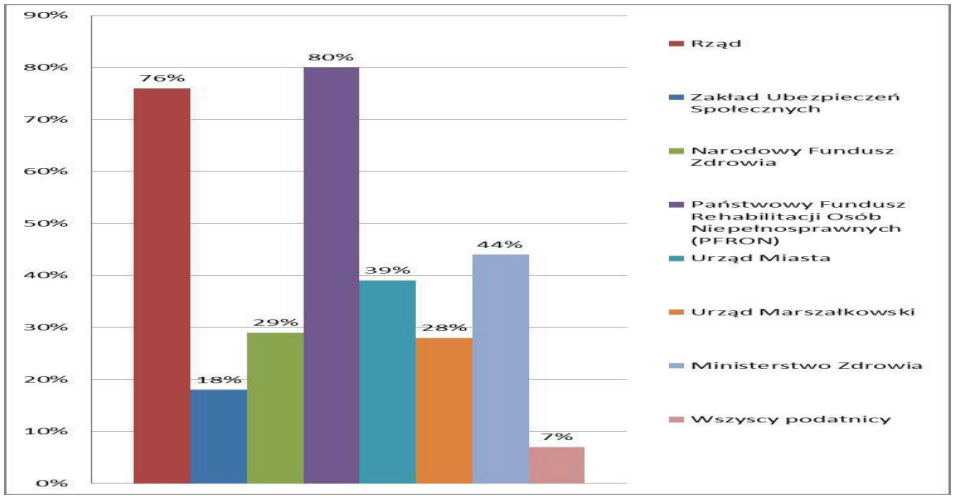
Badanie przeprowadzono w grupie 100 osób, posiadających wykształcenie pielęgniarskie oraz zatrudnienie w wyuczonym zawodzie. 86 przebadanych osób to kobiety, 14 to mężczyźni. Wśród osób poddanych badaniu przeważała grupa w przedziale wiekowym 40–49 lat, którą stanowiło 40% wszystkich osób. Najmniej liczną grupą, tylko 1%, były osoby w wieku 60 lat i powyżej. Osoby w wieku 30–39 lat stanowiły 27%, badani w wieku 50–59 lat to 20%, natomiast 12% badanych osób było w wieku od 20 do 29 lat. Znacząca część badanej grupy pochodziła z miast liczących od 100 do 500 tysięcy mieszkańców, stanowiła ona 47% wszystkich badanych, 20% badanych pochodziło ze wsi, również 20% to mieszkańcy miast liczących od 10 do 100 tysięcy mieszkańców. W mniejszości byli badani pochodzący z miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców (4% całej badanej grupy). Jeśli chodzi o staż pracy, to 40% badanych osób przepracowało od 20 do 29 lat, 27% badanych miało za sobą 10–19 lat pracy. Staż pracy 30 lat i powyżej posiadało 15% przebadanych osób, natomiast osoby badane pracujące do 5 lat oraz w przedziale od 6 do 9 lat stanowiły po 9%. Najliczniejsza grupa badanych osób posiadała wykształcenie licealne – 31%, wykształcenie wyższe zawodowe posiadało

29% wszystkich badanych, średnie wykształcenie posiadało 17% ogółu badanych, osoby z wykształceniem wyższym magisterskim stanowiły 13%, natomiast 10% badanych to były osoby z wykształceniem wyższym niepełnym.

Poziom wiedzy badano kwestionariuszem ankiety stworzonym na potrzeby pracy, który został poddany standaryzacji (badania pilotażowe, ocena sędziów kompetentnych). Kwestionariusz składał się z 26 zamkniętych pytań w pierwszej części. W drugiej części arkusza zamieszczono krótką metryczkę, która składała się z pytań zawierających dane na temat płci, wieku, miejsca urodzenia, wykształcenia, stażu pracy oraz miejsca zamieszkania osób ankietowanych. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 12.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki i wnioski

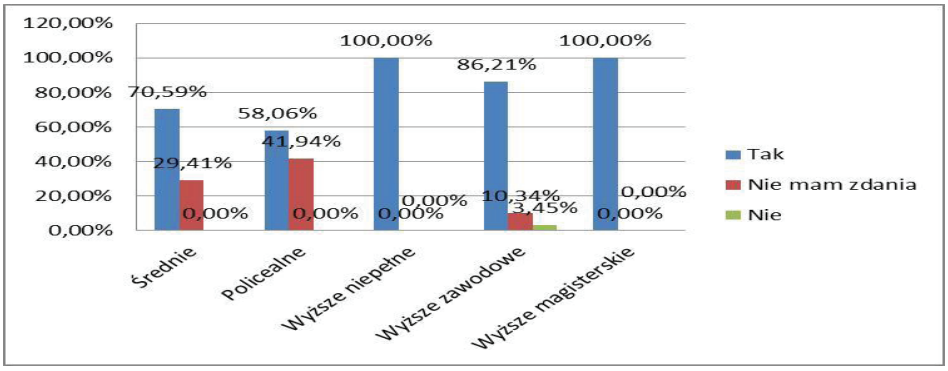
Respondenci zapytani o to, kto powinien być odpowiedzialny za finansowanie sportu osób niepełnosprawnych, odpowiedzieli, że: PFRON 80%, rząd 76%. Najmniej badanych uważało, że podatnicy, tylko 7%. Pozostałe wskazania były następujące: Ministerstwo Zdrowia 44%, urząd miasta 39%, Narodowy Fundusz Zdrowia 29%, urząd marszałkowski 28%, Zakład Ubezpieczeń Społecznych 18% (wykres 1).



Wykres 1. Finansowanie sportu niepełnosprawnych. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

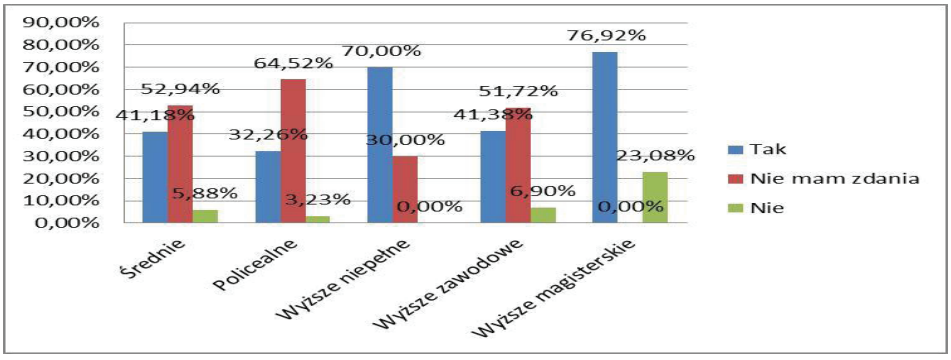
Badania wskazały na istnienie zależności statystycznej między wykształceniem respondentów a ich przekonaniami co do uprawiania sportu przez osoby niepeł-

nosprawne. Osoby z wyższym wykształceniem (niepełne wyższe, wyższe zawodowe, magisterskie) znacznie częściej odpowiadały, że osoby niepełnosprawne powinny uprawiać sport (ok. 86–100%), niż respondenci z wykształceniem policealnym (ok. 58%), p=0,01 (wykres 2).



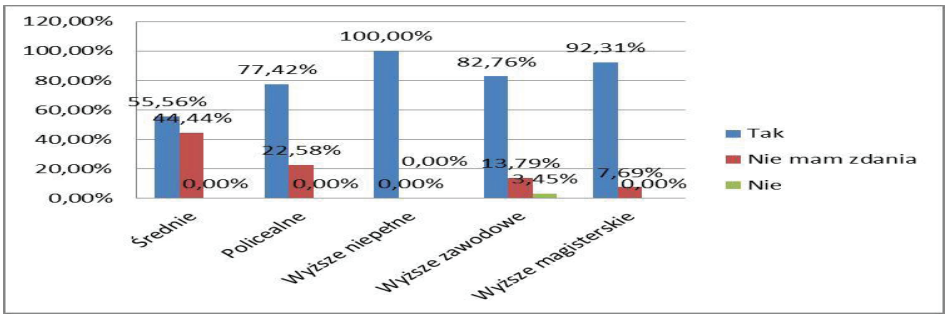
Wykres 2. Zależność między wykształceniem badanych osób a opinią dotyczącą tego, czy osoby niepełnosprawne powinny uprawiać sport. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Im wyższe wykształcenie badanych, tym większa wiedza na temat uprawiania przez osoby niepełnosprawne z upośledzeniem umysłowym takich dyscyplin sportowych jak bowling, lekkoatletyka lub wrotkarstwo (respondenci z wykształceniem wyższym – ok. 77%, z wykształceniem średnim – ok. 41%), p= 0,008 (wykres 3).



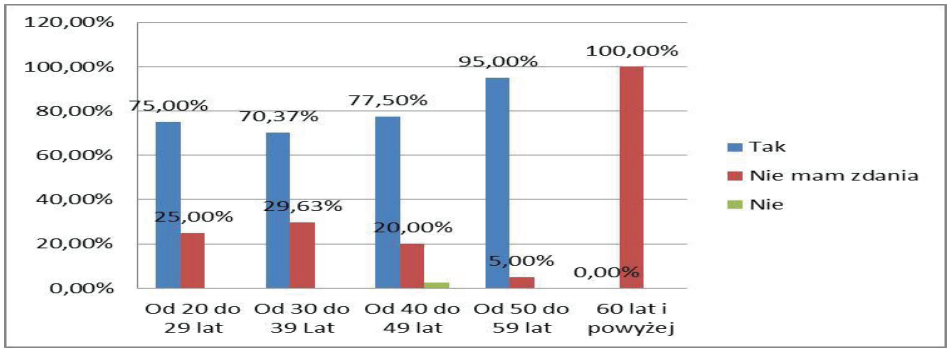
Wykres 3. Zależność między wykształceniem badanych osób a wiedzą o tym, czy możliwe jest uprawianie takich dyscyplin sportowych jak bowling, lekkoatletyka lub wrotkarstwo przez osoby niepełnosprawne z upośledzeniem umysłowym. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zaistniała również zależność statystyczna między wykształceniem a wiedzą na temat uprawiania takich dyscyplin sportowych jak pływanie, lekkoatletyka lub piłka nożna przez osoby niepełnosprawne niesłyszące, niedosłyszące (respondenci z wykształceniem wyższym –ok. 83–100%, ze średnim – ok.56%), p= 0,03 (wykres 4) .



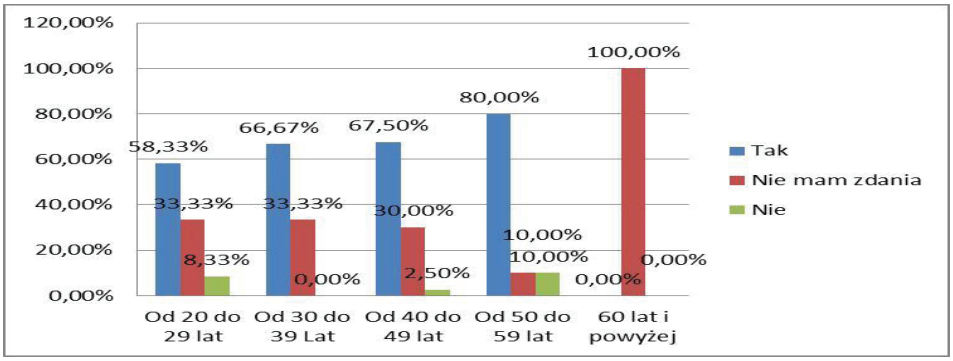
Wykres 4. Zależność między wykształceniem badanych osób a posiadanymi informacjami na temat uprawiania przez osoby niesłyszące i niedosłyszące takich dyscyplin sportowych jak pływanie, lekkoatletyka lub piłka nożna. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Bardzo wysoka, istotna statystycznie zależność (p= 0,000) dotyczyła dwóch zmiennych: wiek i opinia na temat tego, czy osoby niepełnosprawne powinny uprawiać sport. Respondenci w wieku 50–59 lat w 95% uważali, że niepełnosprawni powinni uprawiać sport, zaś grupa wiekowa 30–39 lat odpowiedziała tak w ok.70%. Najstarsi wiekowo (60lat i powyżej) w 100% nie mieli zdania (wykres 5).



Wykres 5. Zależność między wiekiem badanych osób a opinią, czy osoby niepełnosprawne powinny uprawiać sport. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Równie bardzo wysoka, istotna statystycznie zależność (p= 0,000) dotyczyła zmiennych: wiek i uprawianie takich dyscyplin sportowych jak koszykówka, szermierka lub tenis ziemny przez osoby niepełnosprawne, ograniczone ruchowo, np. po amputacjach, paraplegików. Badani w przedziale wiekowym 50–59 lat najczęściej uważali, że jest to możliwe (80%), najmłodsi wiekowo (20–29 lat) tylko w ok. 58% byli co do tego przekonani. Jednocześnie najstarsi wiekowo (60 lat i powyżej) w 100% nie mieli na ten temat zdania (wykres 6).



Wykres 6. Zależność między wiekiem badanych osób a posiadanymi informacjami o możliwości uprawiania takich dyscyplin sportowych jak: koszykówka, szermierka lub tenis ziemny przez osoby niepełnosprawne ograniczone ruchowo, np. po amputacjach, paraplegików. Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Staż pracy badanych, podobnie jak płeć, nie miały wpływu na poziom wiedzy respondentów.

Wnioski:

1. Niski jest poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego w zakresie polityki, działalności, funkcjonowania i finansowania komórek społecznych, stowarzyszeń wspierających niepełnosprawnych oraz ich rodziny, opiekunów w realizowaniu się w sporcie oraz powrocie do aktywnego życia w społeczeństwie.
2. Wiek badanych miał wpływ na poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej niepełnosprawności, sportu i aktywności fizycznej osób niepełnosprawnych. Im badani starsi, tym wiedza mniejsza.
3. Wykształcenie badanych miało wpływ na poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego dotyczącej niepełnosprawności, sportu i aktywności fizycznej osób niepełnosprawnych. Największą wiedzę posiadali respondenci z wyższym wykształceniem, najmniejszą z wykształceniem policealnym.

Podsumowanie

Sport daje bardzo wiele korzyści oraz możliwości osobom niepełnosprawnym, umożliwia im utrzymanie więzi z innymi, nawiązywanie przyjaźni, daje możliwość współzawodnictwa, pozwala w pewien sposób kontynuować proces rehabilitacji. W coraz większym stopniu słyszy się o sporcie osób niepełnosprawnych, zawodach sportowych z ich udziałem oraz różnych formach aktywności, choćby turystyce kwalifikowanej dostosowanej do ich możliwości.

Wiedza personelu pielęgniarskiego w zakresie aktywności fizycznej i sportowej osób dotkniętych niepełnosprawnością jest niezbędna do podejmowania

przez personel medyczny właściwych działań rehabilitacyjnych oraz motywujących niepełnosprawnego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Arendarczyk M. i in. Problemy osób niepełnosprawnych. Praca zbiorowa. Pod red. K. Turowskiego, P. Paluszkiewicza, S. Spisackiej, Instytut Pielęgniarstwa PWSZ im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska 2007, ISBN 978-83-923366-7–9.
2. Bednarczuk G. Kierunki rozwoju sportowych organizacji niepełnosprawnych w Polsce. Postępy Rehabilitacji 2008, tom XXII, nr 3, s. 35–42.
3. Bahrynowska–Fic J. Właściwości i metodyka ćwiczeń fizycznych oraz sport inwalidzki. Podręcznik dla medycznych studiów zawodowych – wydziałów fizjoterapii. Wydanie II zmienione i rozszerzone, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, ISBN 83-200-2229-0, s. 21–26
4. Puchalski A. Rola i znaczenie sportu w kompleksowej rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Sport osób niepełnosprawnych w różnych grupach wiekowych. Pod red. J. Orzecha i J. Sobieckiej, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo Metodycznej Kraków 17–18 XI 1983, Warszawa 1985, s. 7–14.
5. Beck J. Sport w rehabilitacji inwalidów. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego AWF, Warszawa 1977, s. 19–23, 25–26, 28–32.
6. Bolach B., Bolach E., Józefowski P. Ocena aktywności ruchowej i postawy ciała u młodzieży niedowidzącej. Postępy Rehabilitacji 2009, tom XXIII, nr 4, s. 45–51.
7. Bolach E., Czajkowska E. Pływanie jako jedna z form usprawniania leczniczego na turnusach aktywnej rehabilitacji osób po urazach rdzenia kręgowego. Fizjoterapia 1997, tom V, nr 4, s. 20–26.
8. Borkowska M. Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Cz. 2. Usprawnianie ruchowe. Pod red. M. Borkowskiej, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997, ISBN 83-02-06362-2. – 83-02-063-61-4, s. 5.
9. Bolach E. Sprawność fizyczna specjalna w zespołowych grach sportowych u niedowidzących. Fizjoterapia 1998, tom VI, nr 1/2, s. 97–100.
10. Dromlewska D. Sport niepełnosprawnych. Postępy Medycyny Lotniczej 2004, nr 1, s. 145–146.
11. Dąbrowska A. Sport osób niepełnosprawnych – zabawa, czy droga życiowa. Sport szansą życia niepełnosprawnych. Pod red. J. Ślężyńskiego, Polskie Stowarzyszenie Niepełnosprawnych, Studio Wydawnicze AGAT, Kraków 1997, s. 151–153.
12. Kosmol A., Morgulec-Adamowicz N., Molik B. Sport niepełnosprawnych – od rehabilitacji do sportu wyczynowego. Postępy Rehabilitacji 2009, tom XXIII, nr 3, s. 53–60.

13. Guszkowska M., Pater B. Ocena własnego ciała, samoakceptacja i stan zdrowia psychicznego osób niepełnosprawnych ruchowo uprawiających sport i nietrenujących. Postępy Rehabilitacji 2010, tom XXIV, nr 2, s. 37–43.
14. Jadczak Ł., Kosmol A., Wieczorek A. i in. Sprawność motoryczna zawodników pełno- i niepełnosprawnych uprawiających piłkę siatkową na siedząco. Postępy Rehabilitacji 2010, tom 24, nr 4, s. 41–47.
15. Jadczak Ł. i in. Stopień niepełnosprawności a poziom sprawności fizycznej i zdolności koordynacyjnych zawodników uprawiających piłkę siatkową rozgrywaną w pozycji siedzącej. Medycyna Sportowa 2009, tom XXV, nr 6, s. 377–385.
16. Molik B., Zubala T., Słyk K. i in. Motywacja osób niepełnosprawnych do uprawiania wybranych dyscyplin paraolimpijskich (koszykówki na wózkach, rugby na wózkach i boccii). Fizjoterapia 2010, tom XVIII, nr 1, s. 42–51.

Level of nursing staff knowledge concerning physical and sports activity of persons affected by disability

Artur Szubarczyk[1], Anna Włoszczak-Szubzda[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. Today, disability is a phenomenon most often resulting from technological progress (modern life support methods, industry, motorization or locomotion). It is frequently caused by the pace of life and neglect or discontinuation of physical activity. The task of society is counteracting disability, neutralization of its effects, and assistance in return to life in all its aspects, as well as assistance with regaining and maintaining efficiency by the disabled. Good knowledge of the problems and needs of the disabled is the basis for correctly conducted rehabilitation, treatment, and nursing process. Hence, there is the requirement of a proper level of knowledge of this problem by the medical staff. Sport and physical activity of invalids is reflected by the maintenance of an overall fitness of the body and everyday functioning.
Objective. The objective of the study was investigation of the level of knowledge of the nursing staff concerning physical and sports activity of persons affected by disability.
Material and methods. The level of knowledge was examined using a questionnaire developed for the needs of research work, which was subjected to standardization. The study was conducted in a group of 100 respondents possessing nursing education, and employed in the learned profession.
Results and Conclusions. The results of the study showed a deficit of knowledge of the issues pertaining to disabled sports, and physical activity of the disabled. This deficit concerned primarily knowledge about practicing some sports disciplines, information concerning the functioning of associations, societies, organizations, and sports clubs related with the disabled activation and sports. It was observed that the overall interest in sports was unsatisfactory, and a neural attitude was clearly noted towards sports events with participation of the disabled and lack of contact with the environment.

► **K e y w o r d s :** disability, physical activity, medical staff, level of knowledge.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 1, Nr 3, Rok 2016, s. 61–59

Wartość programów edukacyjnych wspierających chorych z cukrzycą typu 2 – w ocenie pacjentów i pielęgniarek

Elżbieta Czochra[1], Leszek Szewczyk[1]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**S t r e s z c z e n i e :**

Wprowadzenie. Światowa Organizacja Zdrowia uznała cukrzycę za pierwszą niezakaźną epidemię, stanowiącą wciąż rosnący problem dla zdrowia populacji. Edukacja jest ważnym elementem terapii i opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą. Prawidłowo prowadzona edukacja przygotowuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych, a także do współpracy w procesie pielęgnacji, samokontroli, rehabilitacji.

Cel. Celem pracy jest porównanie potrzeb w zakresie realizacji programów edukacyjnych pogłębiających świadomość i wiedzę pacjentów na temat cukrzycy typu 2. Podstawą rozważań są opinie pacjentów i pielęgniarek.

Materiał i metody. Do realizacji badań posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety, przygotowanym dla pacjentów i dla pielęgniarek. Grupę badawczą stanowiło 100 osób. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej, która została wykonana w programie IBM SPSS Statistics. Badaniem objęto 50 pacjentów po 40. roku życia z rozpoznaną cukrzycą typu 2, hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych szpitala rejonowego, jak również korzystających ze świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Środowisko pielęgniarskie reprezentowała grupa 50 osób pracująca w szpitalu rejonowym, podstawowej opiece zdrowotnej, poradni specjalistycznej oraz prowadząca indywidualną praktykę pielęgniarską. Obie grupy pochodziły ze środowisk miejskich i wiejskich z dominacją kobiet. Liczną grupę (74%) stanowili pacjenci w wieku 60–80 lat, w dużej mierze (48%) z wykształceniem średnim. Wśród pielęgniarek/pielęgniarzy najwięcej było osób w wieku 40–50 lat, z wykształceniem wyższym I stopnia (48%).

Wyniki i wnioski. Głównym źródłem informacji na temat choroby, zdaniem pacjentów, jest przede wszystkim rozmowa z lekarzami, następnie informacje z książek, czasopism i broszur, a dopiero na trzeciej pozycji rozmowy z pielęgniarkami. Według pielęgniarek/pielęgniarzy głównym źródłem wiedzy pacjentów o cukrzycy typu 2 są rozmowy z lekarzem i pielęgniarką, traktowane na równi, w dalszej kolejności broszury i ulotki, a następnie programy edukacyjne. W programach edukacyjnych brały udział głównie osoby pomiędzy 61. a 70. rokiem życia. Zdaniem pielęgniarek w programach edukacyjnych biorą udział najczęściej osoby między 40. a 50. rokiem życia. W czasie zajęć edukacyjnych pacjenci korzystają głównie z poradników, często również z rozmów indywidualnych, ulotek, form audiowizualnych (płyty, DVD, CD), kart z pytaniami, plakatów. Zdaniem pielęgniarek przyswajaniu wiedzy i nabywaniu umiejętności najbardziej sprzyjają wykłady, pokazy oraz ćwiczenia manualne. Badania pokazują, że występuje wysoce istotna statystycznie zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a czerpaniem wiedzy z książek, czasopism, broszur i zdobywaniem jej w programach edukacyjnych. Znacznie częściej ze źródeł tych korzystają osoby z wykształceniem średnim i wyższym niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

►**S ł o w a k l u c z o w e :** cukrzyca typu 2, programy edukacyjne, pielęgniarki/pielęgniarze.

Wprowadzenie

Źródła edukacji cukrzycowej sięgają początku rozwoju diabetologii i mają już ponad 125 lat. Rollo w książce napisanej w 1797 roku udokumentował przypadki chorych używających dokładnie zaplanowanej diety. Pod koniec XIX w. [1] Boncherdat jako pierwszy polecił kontrolowanie moczu i „higieniczny reżim" jako czynniki wpływające na długość życia oraz postęp choroby. W 1919 roku w Wielkiej Brytanii Joslin z Bostonu opracował pierwszy podręcznik edukacji dla lekarza i pacjenta. W początkowym okresie edukacja była postrzegana bardziej jako składnik oświaty zdrowotnej aniżeli strategia terapeutyczna [2]. Uległo to zasadniczej zmianie z chwilą zastosowania do leczenia insuliny. Zauważono wówczas, że przed zastosowaniem insuliny należy wdrożyć szkolenie, jako sposób na uniknięcie powikłania tzw. hipoglikemii. Pojawiło się pojęcie „pielęgniarki edukacyjnej" [3], której zadaniem miała być edukacja pacjentów chorych na cukrzycę zarówno w szpitalu, jak i w domu [4]. Doktor Roma z Lizbony przedstawiła też w tym okresie pierwszy program edukacyjny [5]. Nowy etap zapoczątkowały badania doktor Miller. W 1972 roku przedstawiła swoje wyniki badań oraz potwierdziła efektywność edukacji w leczeniu cukrzycy [2;6]. Podjęto wiele badań na całym świecie, sporządzając nowe programy edukacyjne [7;8;9]. W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia określiła w swoim raporcie definicję edukacji terapeutycznej – jako procesu wchodzącego w skład leczenia, którego celem jest zdrowie pacjenta [10]. Za podstawowe cele edukacji diabetologicznej (według Tatonia) uważa się:

- nabycie przez chorego na wysokim poziomie wiedzy i umiejętności oraz motywów psychoemocjonalnych, które umożliwią komunikację partnerską pacjenta z lekarzem,
- kształtowanie zachowań prozdrowotnych,
- umacnianie odporności psychicznej chorego,
- przeciwdziałanie lękowi, znużeniu, frustracji, depresji,
- wykształcenie kreatywnego podejścia do trudności związanych z cukrzycą,
- wzmocnienie kontaktu i więzi chorego z bliskimi i otoczeniem,
- eliminacja dyskryminacji społecznej;
- umożliwienie podejmowania ważnych zadań społecznych,
- poczucie osiągnięcia dobrej jakości życia [11].

Cel

Celem pracy jest porównanie potrzeb w zakresie realizacji programów edukacyjnych pogłębiających świadomość i wiedzę pacjentów na temat cukrzycy typu 2. Podstawą pracy są opinie uzyskane od pacjentów i pielęgniarek.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w 2015 roku, objęto nimi grupę 100 osób, wśród których połowę stanowili pacjenci chorujący na cukrzycę typu 2. Były to głównie osoby po 40. roku życia, hospitalizowane w oddziale chorób wewnętrznych szpitala rejonowego, jak również korzystające ze świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Drugą połowę grupy badawczej stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w poradni specjalistycznej, szpitalu, podstawowej opiece zdrowotnej oraz prowadzący indywidualną praktykę pielęgniarską. W grupie pacjentów dominowały kobiety (72%), mieszkańcy miasta (64%), osoby w przedziale wiekowym 60–80 lat (38%), z wykształceniem średnim (48%). W grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy również przeważały kobiety (68%), najczęściej w przedziale wiekowym 41–50 lat (52%), dominowało wśród respondentów wykształcenie wyższe I stopnia (48%).

W pracy zastosowano dwie metody badawcze: sondaż diagnostyczny oraz analizę dokumentacji medycznej. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, oddzielny dla pacjentów i pielęgniarek/pielęgniarzy.

Analiza statystyczna została wykonana z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics.

W analizie zależności i korelacji posłużono się następującymi testami statystycznymi:

- test Shapiro-Wilka, wykorzystany w celu sprawdzania normalności rozkładów analizowanych zmiennych;
- test U Manna-Whitneya, wykorzystany w celu sprawdzenia, czy pomiędzy dwiema grupami zachodzi istotna statystycznie różnica pod względem zmiennych ilorazowych, których rozkład istotnie odbiega od normalnego;
- test Kruskala-Wallisa, wykorzystany w celu sprawdzenia, czy pomiędzy więcej niż dwiema grupami zachodzi istotna statystycznie różnica pod względem zmiennej ilorazowej, której rozkład istotnie odbiega od normalnego;
- test Chi-2, wykorzystany w celu sprawdzenia, czy pomiędzy zmiennymi nominalnymi lub pomiędzy zmienną nominalną (zależną) i porządkową (niezależną) zachodzi istotny statystycznie związek;
- współczynnik korelacji rho Spearmana, wykorzystany w celu sprawdzenia, czy pomiędzy zmiennymi ilorazowymi, których rozkład istotnie odbiega od normalnego, zachodzą istotne statystycznie korelacje.

Wyniki

Niemal wszyscy badani pacjenci (98%) wskazują na rozmowy z lekarzem, jako źródło wiedzy na temat cukrzycy. Z kolei 3 na 4 osoby (76%) czerpią wiedzę także z książek, czasopism i broszur, a 2 na 3 (64%) z rozmów z pielęgniarką. Nieco

ponad połowa badanych (52%) wskazała także na udział w programach edukacyjnych (tabela 1).

Tabela 1. Źródła wiedzy na temat cukrzycy – zdaniem pacjentów

Skąd czerpie Pani/Pan wiedzę na temat swojej choroby (cukrzycy)?	**Odpowiedzi**		**% obserwacji**
	N	**%**	
Z rozmów z lekarzem	49	33,8	98
Z książek, czasopism, broszur	38	26,2	76
Z rozmów z pielęgniarką	32	22,1	64
Z udziału w programach edukacyjnych	26	17,9	52
Ogółem	145	100	290

Źródło: Badania własne.

Zdaniem badanych pielęgniarek/pielęgniarzy pacjenci czerpią informacje o cukrzycy głównie z indywidualnych rozmów z lekarzem i z pielęgniarką (86%) oraz z broszur, ulotek (82%). Ponad połowa badanych (64%) wskazała także na udział w programach edukacyjnych, a blisko połowa (42%) na prasę i książki. Pozostałe odpowiedzi, takie jak Internet (32%) oraz TV i radio (28%), były wymieniane znacznie rzadziej (tabela 2).

Tabela 2. Opinia pielęgniarek/pielęgniarzy na temat tego, skąd pacjenci czerpią informacje o cukrzycy

Skąd pacjenci czerpią informacje o swojej chorobie (cukrzycy)?	**Odpowiedzi**		**% obserwacji**
	N	**%**	
Z indywidualnych rozmów z lekarzem/pielęgniarką	43	25,7	86
Z broszur i ulotek	41	24,6	82
Z udziału w programach edukacyjnych	32	19,2	64
Z prasy, książek	21	12,6	42
Z Internetu	16	9,6	32
Z telewizji, radia	14	8,4	28
Ogółem	167	100	334

Źródło: Badania własne.

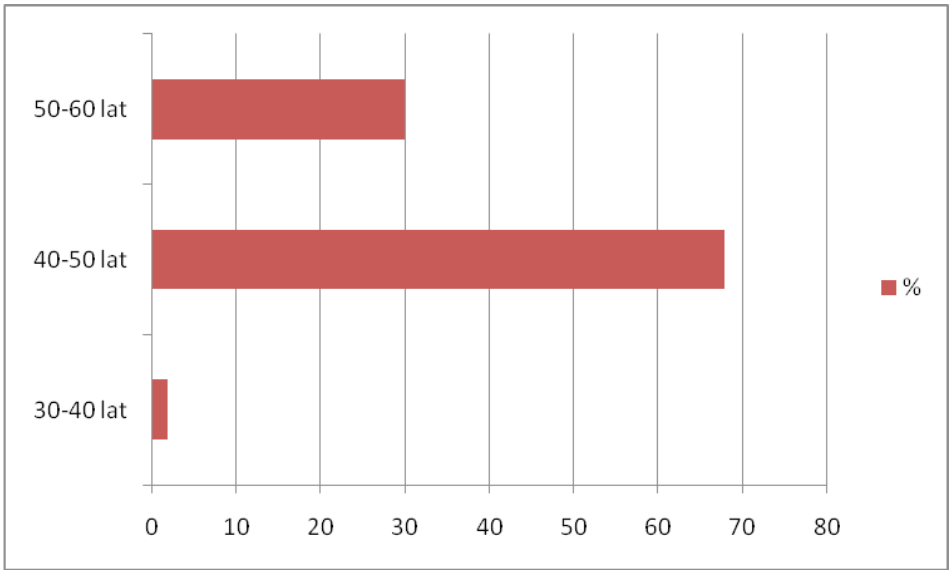
Analiza wykazała, że zachodzi istotna statystycznie zależność między wiekiem a udziałem w programie edukacyjnym dla osób chorych na cukrzycę typu 2. W programach brały udział głównie osoby pomiędzy 61. a 70. rokiem życia (84,2%), a najrzadziej osoby mające powyżej 70 lat (42,1%) (tabela 3).

Tabela 3. Wiek pacjentów a udział w programie edukacyjnym

Czy brała Pani/Pan udział w programie edukacyjnym organizowanym dla osób chorych na cukrzycę typu 2?	**Wiek**						**Ogółem**	
	40–60 lat		**61–70 lat**		**powyżej 70 lat**			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	8	66,7	16	84,2	8	42,1	32	64
Nie	4	33,3	3	15,8	11	57,9	18	36
Ogółem	12	100	19	100	19	100		100
Test Chi-2: Chi-2=7,359, p=0,025								

Źródło: Badania własne.

Większość badanych pielęgniarek/pielęgniarzy uważa, że najchętniej edukację podejmują pacjenci mający od 40 do 50 lat (68%). Na przedział wiekowy 50–60 lat wskazało 30% badanych, a na przedział 30–40 lat tylko jedna osoba (wykres 1).



Wykres 1. Wiek pacjentów najchętniej podejmujących edukację – zdaniem pielęgniarek/pielęgniarzy. Źródło: badania własne.

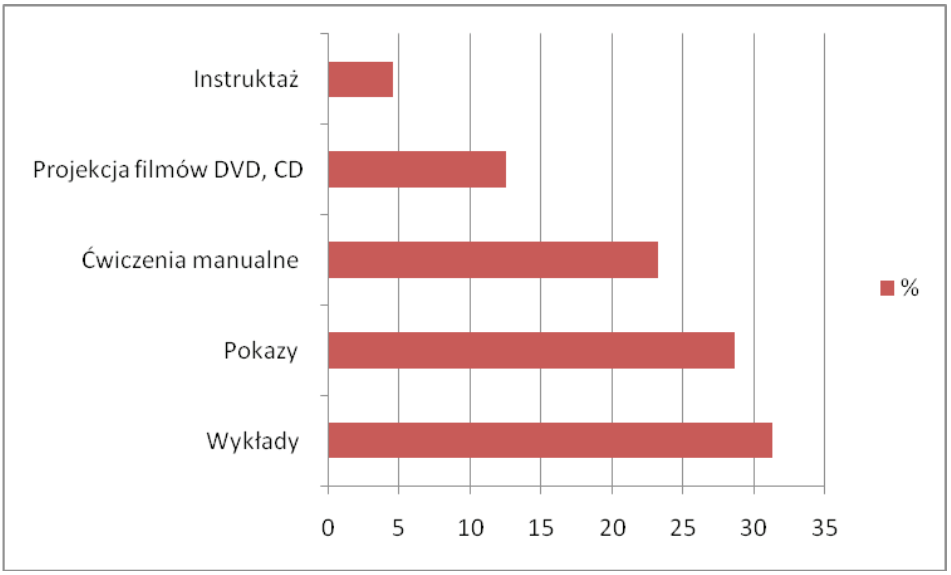
Zdecydowanie najwięcej osób korzystało podczas zajęć edukacyjnych z poradników (93,8%). Liczne były także osoby korzystające z rozmów indywidualnych (81,3%), ulotek (75%) oraz form audiowizualnych (75%). Ponad połowa wskazała na karty z pytaniami (62,5%), a połowa na plakaty (50%), (tabela 4).

Tabela 4. Materiały pomocnicze, z których korzystali badani pacjenci podczas zajęć edukacyjnych

Czy w czasie zajęć edukacyjnych korzystała Pani/Pan z:	**Odpowiedzi**		
	N	**%**	**%obser-wacji**
poradników	30	20,0%	93,8%
rozmów indywidualnych	26	17,3%	81,3%
ulotek	24	16,0%	75,0%
form audiowizualnych (płyty DVD, CD)	24	16,0%	75,0%
kart z pytaniami	20	13,3%	62,5%
plakatów	16	10,7%	50,0%
testów sprawdzających	10	6,7%	31,3%
Ogółem	150	100,0%	468,8%

Źródło: Badania własne.

Zdaniem badanych pielęgniarek/pielęgniarzy przyswajaniu wiedzy i nabywaniu umiejętności najbardziej sprzyjają wykłady (70%) oraz pokazy (64%). Nieco ponad połowa wskazała także na ćwiczenia manualne (52%). Pozostałe formy wymieniane były o wiele rzadziej (wykres 2).



Wykres 2. Formy edukacji najbardziej sprzyjające przyswajaniu wiedzy i nabywaniu umiejętności przez pacjentów – zdaniem pielęgniarek/pielęgniarzy. Źródło: badania własne.

Analiza współczynnika korelacji rho Spearmana wykazała, że występuje dosyć silna, ujemna korelacja między wiekiem a poziomem wiedzy na temat cukrzycy. Oznacza to, że im wyższy wiek, tym niższy poziom wiedzy (rho-0,650, p-0,001) (tabela 5).

Tabela 5. Porównanie pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych pod względem poziomu wiedzy na temat cukrzycy

Wiek	N	M	SD
40–60 lat	12	10,25	2,34
61–70 lat	19	7,26	3,46
Powyżej 70 lat	19	3,53	3,49
Test Kruskala-Wallisa: H=20,227, p=0,000			

Źródło: Badania własne.

Wnioski

1. Główne źródło informacji na temat choroby to – zdaniem pacjentów – przede wszystkim rozmowy z lekarzami, następnie informacje z książek, czasopism i broszur, a dopiero na trzeciej pozycji rozmowy z pielęgniarkami. Według pielęgniarek/pielęgniarzy głównym źródłem wiedzy pacjentów o cukrzycy

typu 2 są rozmowy z lekarzem i pielęgniarką, traktowane na równi, w dalszej kolejności broszury i ulotki, a następnie programy edukacyjne.
2. W programach edukacyjnych brały udział głównie osoby pomiędzy 61. a 70. rokiem Życia, a najrzadziej osoby mające powyżej 70 lat. Zdaniem pielęgniarek w programach edukacyjnych biorą udział najczęściej osoby między 40. a 50. rokiem życia.
3. W czasie zajęć edukacyjnych pacjenci korzystają głównie z poradników, ale często również z rozmów indywidualnych, ulotek, form audiowizualnych (płyty, DVD, CD), kart z pytaniami, plakatów. Zdaniem pielęgniarek przyswajaniu wiedzy i nabywaniu umiejętności najbardziej sprzyjają wykłady, pokazy oraz ćwiczenia manualne.
4. Występuje wysoce istotna statystycznie zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a czerpaniem wiedzy z książek, czasopism, broszur oraz zdobywaniem jej w programach edukacyjnych. Znacznie częściej ze źródeł tych korzystają osoby z wykształceniem średnim i wyższym niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym.

Podsumowanie

Podniesienie wiedzy i umiejętności pacjenta na wyższy poziom istotnie zmniejsza wskaźnik hospitalizacji, epizodów hipoglikemii, liczbę ostrych powikłań, śpiączek hiperglikemicznych, jak również interwencji chirurgicznych z powodu stopy cukrzycowej. Edukacja w swoich odległych skutkach ma też wymiar ekonomiczny, który głównie dotyczy bezpośrednich i pośrednich kosztów związanych z występującymi przewlekłymi powikłaniami. Profilaktyka zaliczana jest do najlepszych strategii w zmniejszaniu zachorowalności na cukrzycę typu 2.

Dlatego wszelkie metody promowania zdrowego i aktywnego stylu życia są bardzo pomocne.

Całościowe programy promujące nowoczesną prewencję, diagnostykę oraz terapię mogą w zasadniczy sposób ograniczyć epidemie wielu chorób niezakaźnych, w tym również cukrzycy typu 2. Warto zatem niwelować różnice między oczekiwaniami pacjentów a wyobrażeniami personelu medycznego, jeśli chodzi o oczekiwania tych ostatnich co do programów edukacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Grzeszczak W. Treatment of newly diagnosed type 2 diabetes in Poland in the light of new guidelines. Findings of the Polish ARETAEUS1 study – a commentary. Diabetologia Praktyczna 2011, tom 12, nr 3, 90–95, ISSN 1640–8497.
2. Boratyn-Dubiel L., Chmiel Z. Znaczenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów z cukrzycą. Zdrowie Publiczne 2010;120(3): 316–323.

3. Ciechaniewicz W. Funkcje zawodowe pielęgniarek. Część IV: Funkcja wychowawcza. Pielęgniarstwo 2000 1997; 6 (35): 14.
4. Kosicka B., Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Problemy Pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt nr 2, 3, 187–191.
5. Filipiak K., Tolarska D. Funkcja edukacyjna pielęgniarki wobec osób chorych na cukrzycę zorientowana na późne powikłania, Pielęgniarstwo XXI Wieku 2008; 25(4)51–4.
6. Kocur J. Znaczenie edukacji terapeutycznej u pacjentów przewlekle chorych. Sztuka Lecz. 1998; 4: 81–84.
7. Wierusz-Wysocka B., Wilczyńska M. Edukacja chorych na cukrzycę. Med. Dypl. 2002; 11: 125–136.
8. Czech A., Bernas M. Cele i metody oraz organizowanie edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych w Polsce – na przykładzie chorych na cukrzycę. Med. Metab. 2004; 8: 73–78.
9. Tatoń J. Cele i metody oraz organizowanie edukacji terapeutycznej w chorobach przewlekłych – przykład chorych na cukrzycę w Polsce. Med. Dydak. Wychow. 2004; 36: 28–32.
10. Zarzycka W., Popławska E. Edukacja terapeutyczna chorych na cukrzycę. Diabetologia; T 3 (supl. B), Via Medica 2002.
11. Tatoń J., Edukacja terapeutyczna osób z cukrzycą – fundament metodologiczny leczenia. W: Tatoń J., Czech A. Diabetologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

Value of educational programmes supporting patients with type 2 diabetes in evaluations of patients and nurses

Elżbieta Czochra[1], Leszek Szewczyk[1]

[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**

Introduction. The World Health Organization has considered diabetes as the first non-contagious epidemics which constitute a constantly growing health problem for the population. Education is an important element of therapy and nursing care of patients with diabetes. Correctly conducted education prepares a patient for health promoting behaviours, as well as for cooperation in the process of nursing, self-control, and rehabilitation.

Objective. The objective of the study is comparison of the needs in the area of educational programmes deepening patients' awareness and knowledge concerning type 2 diabetes, in the opinions of patients and nurses.

Material and methods. The study was conducted using a questionnaire designed by the author, prepared for patients and nurses. The study group covered 100 respondents. The results of the study obtained were statistically analyzed using software IBM SPSS Statistics. The study covered 50 patients aged over 40 with the diagnosis of type 2 diabetes, hospitalized in the Internal Diseases Ward at the Regional Hospital, as well as those using Primary Health Care services. The nursing environment was represented by a group of 50 nurses employed in the Regional Hospital, Primary Health Care, Specialist Outpatient Department, and those who carried out Individual Medical Practice. Both groups came from urban and rural environments, with the domination of females. A large group (74%) were patients aged 60–80, many of them (48%) had secondary school education. Among male and female nurses the largest group were those aged 40–50 with first level university education (48%).

Results and conclusions. According to the patients, the main source of information concerning the disease is primarily a conversation with physicians, followed by information from books, journals, and brochures, whereas conversations with nurses occupied only the third position. In the opinions of male an female nurses, the main source of patients' knowledge concerning type 2 diabetes are conversations with a physician and nurse, treated equally, followed by brochures and leaflets, and educational programmes. In educational programmes participated mainly patients aged 61–70. According to nurses, in educational programmes most frequently participate patients aged 40–50. During educational classes the patients use mainly guidebooks, also frequently: individual conversations, leaflets, audiovisual forms (discs, DVD, CD), charts with questions, posters. In the opinions of nurses, lectures, shows and manual exercises are the most conducive to the acquisition of knowledge. The study shows that there occurs a highly significant statistical relationship between the level of education and acquisition of knowledge from books, journals, brochures, and participation in educational programmes. Persons with secondary school and university education significantly more often use these sources, compared to those with primary and vocational education.

► **K e y w o r d s :** type 2 diabetes, educational programmes, male and female nurses.

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie
20-209 Lublin, ul. Projektowa 4
tel.: +48 81 749 32 12
e-mail: azich@wsei.lublin.pl
www.wsei.lublin.pl

INNOVATIO PRESS

e-ISSN: 2451-2826