

**ASPEKTY
ZDROWIA
I
CHOROBY**

AZiCH

**Tom 2
Nr 1
Rok 2017**

Aspekty Zdrowia i Choroby

**W
S
E
I**



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji

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

e-ISSN: 2451-2826

AZiCH

Aspekty Zdrowia i Choroby

Lublin 2017

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. Eliaasz Dacka (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)
prof. dr hab. Paweł 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 Ružomberku)
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 Stolarik, 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. Paweł Kalinowski (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
dr n. med. Maria Pieniążek (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 2 ◀▶ Nr 1 ◀▶ Rok 2017

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 2 ◀▶ Nr 1 ▶◀ Rok 2017

© 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

PRACE POGLĄDOWE

Zachowania prozdrowotne rodziców w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci – przegląd literatury – Kinga Bernat, Jacek Majewski, Mirosław J. Jarosz9

Wpływ palenia tytoniu na błonę śluzową jamy ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii – na podstawie piśmiennictwa Jacek Majewski, Kinga Bernat, Mirosław J. Jarosz.....19

PRACE BADAWCZE

Jakość życia chorych po amputacji kończyn dolnych – Ewa Czuchryta, Wiesław Kowalski.....29

Ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci – Małgorzata Malinowska, Anna Włoszczak-Szubda39

Poziom niepokoju a nasilanie objawów alergii u dzieci – Gabriela Rup, Leszek Szewczyk.....47

Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego oddziału neurologii i intensywnej opieki medycznej na temat opieki nad pacjentem nieprzytomnym – Monika B. Sikora, Beata Biernacka.....55

Edukacja seksualna młodzieży w wieku 15–23 lat – Janina Szpiech, Wiesław Kowalski63

PRACE POGLĄDOWE

Zachowania prozdrowotne rodziców w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci – przegląd literatury

Kinga Bernat¹, Jacek Majewski¹, Mirosław J. Jarosz¹

¹ Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Próchnica zębów, podobnie jak choroba niedokrwienna serca, nowotwory, cukrzyca typu 2 czy alergie, uważana jest za współczesną chorobę cywilizacyjną. Dane z monitoringu zdrowia jamy ustnej ukazują, jak poważnym problemem jest choroba próchnicowa zębów, zarówno u dzieci, jak i dorosłych Polaków. Dlatego jedynym właściwym sposobem umożliwiającym poprawę stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży, a przyszłościowo całej populacji polskiej wydaje się edukacja zdrowotna, promocja zdrowia i szeroko pojęta profilaktyka.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ukazanie, jak istotną rolę odgrywają rodzice w procesie kształtowania prawidłowych zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci oraz jak ważna jest ich edukacja w tym zakresie. W artykule przedstawiono również zalecenia dla rodziców odnośnie do właściwego podejścia do omawianego problemu.

Opis stanu wiedzy. Aktualne dane na temat stanu zdrowia jamy ustnej w naszej populacji czerpiemy z ogólnopolskich badań realizowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia. Na podstawie danych z monitoringu prowadzonego w latach 2013–2015 wiemy, że główny problem w zakresie zdrowia jamy ustnej w naszym społeczeństwie dotyczy częstości występowania próchnicy wczesnej, która dotyczy dzieci do 3. roku życia. Statystycznie ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi i jedynie 20,4% dzieci 12-letnich jest wolnych od próchnicy. Jako główną przyczynę przedstawionych wyżej problemów zdrowotnych podaje się powszechnie niską świadomość zdrowotną społeczeństwa, szczególnie wśród rodziców lub opiekunów dzieci w wieku przedszkolnym oraz starszych dzieci i młodzieży.

Podsumowanie. Wiedza i stosowana zgodnie z nią praktyka rodzicielska w zakresie higieny jamy ustnej mają bardzo istotne znaczenie w podnoszeniu stanu zdrowia dzieci od najmłodszych lat aż do osiągnięcia wieku szkolnego. Dlatego niezwykle istotne jest propagowanie zachowań prozdrowotnych i edukacja rodziców w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej u dzieci, bowiem to oni mają zasadniczy wpływ na kształtowanie ich osobowości wraz z pozytywnym nastawieniem do dbania o higienę jamy ustnej.

► **Słowa kluczowe:** próchnica, dzieci, rodzice, profilaktyka, edukacja

WPROWADZENIE

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) próchnica jest to proces patologiczny miejscowy, pochodzenia zewnątrzustrojowego prowadzący do odwapnienia szkliwa, rozpadu twardych tkanek zęba i w konsekwencji tworzenia ubytku [1]. Ubytki próchnicowe, czyli tzw. „dziury w zębach”, powstają na skutek działania kwasów wytwarzanych z cukrów przez bakterie obecne w jamie

ustnej. Proces próchnicowy u dzieci w zębach mlecznych, ale także w zębach stałych niedojrzałych przebiega znacznie szybciej niż u osób dorosłych. Dlatego nieleczony ubytek stosunkowo szybko będzie się pogłębiać, co w konsekwencji doprowadzi do zapalenia miazgi, a następnie powikłań ze strony ozębnej i kości szczęk, co będzie skutkowało dolegliwościami bólowymi uniemożliwiającymi prawidłowe funkcjonowanie dziecka. Konsekwencją takiego stanu jest przedwczesna utrata uzębienia mlecznego, co z kolei przyczynia się do powstania różnego rodzaju wad zgryzu. Skutkiem zaniedbań trwających od wczesnego dzieciństwa jest zły stan zdrowia jamy ustnej w dorosłym wieku. Z badań naukowych wynika, że infekcje bakteryjne towarzyszące chorobom jamy ustnej mogą stanowić dodatkowy czynnik ryzyka wystąpienia ciężkich chorób ogólnoustrojowych takich jak: choroby układu sercowo-naczyniowego, alergiczne oraz immunologiczne [2].

Obecnie wiadomo, że zapadalność na próchnicę zwiększa się wraz z wiekiem, zbliżając się do 100% u dzieci między 6. a 7. rokiem życia. W znacznym odsetku pojawia się ona u dzieci już między 2. a 3. r.ż. (35–50%) oraz 3. a 4. r.ż. (56–60%). W wieku przedszkolnym odsetek dzieci z próchnicą może sięgać nawet 85% [1].

Opierając się na dotychczasowych badaniach epidemiologicznych można powiedzieć, że na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat stan zdrowia narządu żucia u dzieci i młodzieży uległ nieznacznej poprawie, jednakże częstość występowania próchnicy w indeksowych populacjach wieku rozwojowego jest nadal wysoka.

Polska jest jednym z niewielu krajów Europy, w którym nie udało się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci, pomimo zaleceń WHO na rok 2000, mających na celu obniżenie częstości występowania próchnicy wśród dzieci 6-letnich do poziomu 50% [3].

Na podstawie danych epidemiologicznych wiemy, że próchnica występuje aż u ponad 79% polskich dzieci w wieku 12 lat oraz u 96% 18-latków.

CEL

Celem niniejszej pracy jest ukazanie, jak ważna jest rola rodziców w procesie kształtowania prawidłowych zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci oraz jak istotna jest ich edukacja w tym zakresie. W artykule przedstawiono również zalecenia dla rodziców odnośnie do właściwego podejścia do omawianego problemu.

OPIS STANU WIEDZY

W Polsce od 1997 roku corocznie przeprowadza się ogólnopolski monitoring stanu zdrowia jamy ustnej, na podstawie którego można nie tylko dokonać klinicznej oceny stanu uzębienia, ale także dowiedzieć się, jakie uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, organizacyjne i kulturowe wpływają na stan zdrowia jamy ustnej [4]. Z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia

w latach 2010-2012 wynika, że występowanie próchnicy w Polsce spada w bardzo wolnym tempie w porównaniu z wieloma innymi krajami Europy. Na przykład, polskie 12-latki mają średnio 3,5 zębów dotkniętych próchnicą. Tymczasem badania epidemiologiczne wskazują, że w Danii liczba ta wynosi 0,6; w Niemczech i Norwegii – 1,7; w Rumunii, Czechach i na Białorusi – ok. 2,1; na Węgrzech – 2,4; w Bułgarii – 3,1. Gorzej od nas wypadają: Litwa, Słowacja i Chorwacja [4].

Natomiast aktualne dane z ogólnopolskiego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej w latach 2013–2015 wskazują, że główny problem dotyczy częstotliwości występowania próchnicy wczesnej u dzieci do 3. roku życia. Statystycznie bowiem ponad 50% dzieci w wieku 3 lat ma zęby z ubytkami próchnicowymi [5].

O dużych zaniedbaniach profilaktyczno-lecznicznych mogą również świadczyć niskie wartości wskaźników leczenia, zwłaszcza zębów mlecznych, bowiem 25% dzieci pięcioletnich nigdy nie było u dentysty. Ponadto u dziecka w wieku 5 lat stwierdza się średnio około 5 zębów z nieleczonymi ubytkami próchnicowymi, a odsetek dzieci w wieku 5 lat bez próchnicy nie przekracza 20%. Warto w tym miejscu wspomnieć, że cel WHO na XXI wiek, proponowany do realizacji do 2020 roku, zakłada, że we wszystkich krajach europejskich odsetek dzieci 6 letnich bez próchnicy wyniesie 80% [5].

Z badań ankietowych przeprowadzonych w ramach ogólnopolskiego monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej dowiadujemy się że:

- 50% dzieci codziennie spożywa słodczyce;
- 61,5% dzieci w wieku 3 lat nigdy nie było u lekarza dentysty;
- 37% dzieci w wieku 3 lat myje zęby 2 razy dziennie;
- 31% dzieci w wieku 3 lat myje zęby samodzielnie [4].

Wśród przyczyn tak złej sytuacji epidemiologicznej w naszym kraju prof. Kaczmarek wymienia błędne podejście Polaków do choroby próchnicowej i brak świadomości na temat tego, że można jej skutecznie zapobiegać.

Dlatego, aby skutecznie zminimalizować ryzyko wystąpienia próchnicy, istotne jest przestrzeganie następujących zasad:

- utrzymywanie właściwej higieny jamy ustnej,
- wykształcenie prawidłowych nawyków żywieniowych,
- podnoszenie odporności tkanek zęba poprzez dostarczanie związków fluoru,
- regularne wizyty w gabinecie stomatologicznym.

Dotychczas przeprowadzono wiele badań ankietowych mających na celu ocenę stanu wiedzy rodziców na temat higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy u niemowląt i małych dzieci. Generalnie na ich podstawie można wywnioskować, że wiedza młodych rodziców, dotycząca prawidłowej profilaktyki i higieny jamy ustnej u dzieci, jest wciąż alarmująco niska. Ponadto rodzice zgłaszają się do stomatologa zdecydowanie zbyt późno, gdy jest już aktywny proces próchnicowy w jamie ustnej u dziecka.

Jak dowodzą badania Künzel i wsp., dzięki właściwym zachowaniom higienicznym jamy ustnej można w około 50% zahamować wzrost częstości występowania próchnicy oraz poprawić stan zdrowotny dziąseł [6].

Dlatego rodziców należy uświadamiać, że to od nich w dużej mierze zależy, czy u dzieci na trwałe rozwinie się nawyk oczyszczania jamy ustnej i szczotkowania zębów. Oczywiście wymaga to od nich zaangażowania, cierpliwości, a przede wszystkim systematyczności. Niezwykle istotna jest odpowiednio wczesna wizyta z dzieckiem u stomatologa, której zasadniczym celem jest przekazanie rodzicom istotnych informacji o przyczynach choroby próchnicowej oraz o metodach i środkach pielęgnowania jamy ustnej dziecka w poszczególnych okresach jego rozwoju [7]. Zaleca się rozpoczęcie przeprowadzania zabiegów higienicznych już w pierwszych miesiącach życia dziecka, jednak nie później niż w momencie wyrżnięcia pierwszego zęba mlecznego. Początkowo codziennie przed położeniem dziecka spać powinno się oczyścić błonę śluzową i wały dziąsłowe z płytki nazębnej. Następnie, kiedy już pojawią się pierwsze zęby mleczne, należy wprowadzić do ich oczyszczania miękką szczoteczkę, która umożliwi dokładne usunięcie resztek pokarmowych z ich powierzchni. Właściwie od tego momentu dziecko uczy się trzymania w ręku szczoteczki, wkładania jej do ust oraz wykonywania prostych ruchów czyszczących. Ważne jest, aby dziecka nie zniechęcić do mycia zębów poprzez zmuszanie do opanowania jakiejś specjalnej techniki szczotkowania, wystarczy bowiem, żeby początkowo delikatnie „omiotło” wszystkie powierzchnie, za co oczywiście należy je pochwalić. Sprawdzonej formą nauki i mobilizacji jest też wspólne szczotkowanie zębów, ponieważ dziecko, naśladowując rodzica, może doskonalić swoje umiejętności manualne.

Oczywiście należy przy tym pamiętać, że nie jest ono w stanie samodzielnie dokładnie oczyścić wszystkich powierzchni, dlatego to opiekunowie powinni zawsze skontrolować i ewentualnie poprawiać po dziecku oczyszczanie zębów, nawet do 10 roku życia [8,9]. Z kolei motywacja nastolatków do dbania o właściwą pielęgnację jamy ustnej powinna się odbywać poprzez uświadomienie im, jak istotne znaczenie mają zdrowe i ładne zęby dla urody oraz przyjemnego zapachu z ust.

Istotnym elementem profilaktyki jest odpowiednio wczesna edukacja rodziców w zakresie zachowań żywieniowych, szczególnie u niemowląt i małych dzieci. Pierwszym pokarmem dziecka, który pomaga zapobiegać próchnicy, jest mleko matki, obfitujące w przeciwciała. Niestety, u dzieci, które były karmione piersią krócej niż przez 6 miesięcy lub od urodzenia były karmione w sposób sztuczny, stwierdza się zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia próchnicy.

Malec, który często pije z butelki, jest szczególnie narażony na próchnicę tzw. butelkową, która – według statystyk – dotyka około 15% niemowląt i małych dzieci do 3. roku życia. Dlatego powinno się szczególnie uwrażliwiać rodziców, aby nie dopuszczali do zasypiania dziecka przy butelce, ponieważ podczas snu zmniejsza się wydzielanie śliny, która posiada właściwości przeciwp próchnicowe, oczyszcza bowiem oblepione pokarmem zęby i jednocześnie zmniejsza zakwaszenie w jamie

ustnej. Zaleca się również już od piątego miesiąca uczyć swoje pociechy jedzenia łyżeczką i picia z kubeczka oraz unikać dodawania cukru do pokarmów i napojów, a słodzone soki i napoje zastępować wodą mineralną. Jedzenie powinno się zaczynać od produktów kariogennych, a kończyć na produktach kariostatycznych. Do produktów o działaniu kariogennym, czyli próchnicotwórczym, zaliczamy m. in. rodzynki i inne owoce suszone, ciasto, słodycze, dżem, natomiast do produktów zapobiegających rozwojowi próchnicy, czyli kariostatycznych, należy głównie mleko, mięso, ryby, jaja, masło. Nie bez znaczenia jest również konsystencja spożywanych pokarmów. Należy unikać podawania dzieciom produktów papkowatych, które na długo przylegają do powierzchni zębów i są trudne do usunięcia, przez co stanowią substrat do rozwoju próchnicy [10].

Rodzice często nagradzają swoje pociechy słodyczami, nie zadając sobie sprawy z konsekwencji, dlatego, jeśli nie można obyć się bez słodkich przekąsek, dobrze jest wprowadzać jeden „słodki” dzień w tygodniu lub jedną „słodką” godzinę dziennie.

Opierając się na danych z literatury, należy podkreślić, że pierwsza wizyta u stomatologa o charakterze zapobiegawczym, a tym samym edukacja rodziców w zakresie opieki stomatologicznej nad dzieckiem, powinna się zacząć w czwartym miesiącu życia płodowego. Kobieta ciężarna jest wówczas bardziej zainteresowana nie tylko własnym zdrowiem, ale również stanem zdrowia nienarodzonego dziecka [11].

Podczas wizyty ciężarnej kobiety stomatolog powinien uświadomić ją, że stan zdrowia jej jamy ustnej może pośrednio wpłynąć na rozwój dziecka, czy termin porodu, a po urodzeniu na rozwój próchnicy wczesnej. Wiedza o tym, że matka jest głównym źródłem przenoszenia bakterii z grupy *Streptococcus mutans*, a także znajomość dróg ich przenoszenia, umożliwi wdrożenie odpowiednich działań zapobiegawczych [12]. Kobiętę w ciąży należy poinformować również o tym, że pierwsza wizyta dziecka u stomatologa powinna się odbyć między 6. a 12. miesiącem życia (a nie w wieku 6 lat, gdy dziecko idzie do szkoły).

Jest to wizyta adaptacyjna, która ma na celu nie tylko przebadanie uzębienia dziecka, ale również edukowanie rodziców w sprawie nawyków higienicznych czy diety kariostatycznej. Uświadomienie rodzicom sposobów zakażenia bakteriami próchnicotwórczymi oraz informowanie o czynnikach ułatwiających ich kolonizację w jamie ustnej często przyczynia się do przerwania łańcucha infekcji [13]. Stomatolog powinien także wyczulić rodziców na bardzo istotny moment, jakim jest wymiana uzębienia, ponieważ wyrzynanie się pierwszych zębów trzonowych około 6. roku życia może zostać przeoczone, gdyż nie jest poprzedzone wypadaniem mleczaków. Wówczas rodzice powinni dopilnować, aby dziecko głębiej sięgało szczoteczką w trakcie mycia zębów niż do tej pory. Ponadto należy wykonać pierwsze profesjonalne zabiegi profilaktyczne takie jak lakowanie bruzd czy lakierowanie zębów.

Warto również podkreślić, że pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym wpływa istotnie na jego postawę wobec dalszego leczenia i jednocześnie buduje zaufanie do stomatologa [14]. Niestety, w naszym społeczeństwie wciąż funkcjonuje przekonanie, że zęby mleczne szybko wypadną, dlatego nie ma potrzeby ich leczyć. W konsekwencji rodzice zgłaszają się do stomatologa z dzieckiem dopiero wtedy, gdy sami zaobserwują pewne nieprawidłowości albo kiedy dziecko zgłasza dolegliwości bólowe. Wówczas konieczne jest już rozpoczęcie leczenia inwazyjnego, a wizyta często kończy się płaczem małego pacjenta i wpływa na negatywne nastawienie do kolejnych wizyt w gabinecie stomatologicznym. Dlatego najbardziej pożądaną metodą profilaktyki jest jej odmiana pierwotna, czyli zapobieganie powstaniu ognisk próchnicznych. Pozwala ona na podjęcie kroków, prowadzących do odwrócenia procesu patologicznego i ponownej remineralizacji szkliwa [15, 16].

W literaturze podkreśla się znaczenie złych nawyków i niepoprawnych zachowań prozdrowotnych ukształtowanych w najwcześniejszych latach życia dziecka, które w późniejszych okresach są trudne do zmiany. Dla wielu dorosłych pacjentów doświadczenia związane leczeniem stomatologicznym są negatywne, co wpływa na podobne nastawienie do lekarza również u dzieci takich pacjentów. Stworzono wiele metod behawioralnych, kształtujących postawę pacjenta w gabinecie stomatologicznym, co pozytywnie wpływa na bezpieczne i skuteczne leczenie chorób jamy ustnej [16].

Kaczmarek i wsp. [17] dowodzą, iż w metodach profilaktycznych ważna jest nie tylko świadomość zdrowotna rodziców, ale przede wszystkim praktyczna realizacja przez krzewienie właściwych nawyków żywieniowo-higienicznych oraz odpowiednie stosowanie preparatów zawierających fluor.

PODSUMOWANIE

W naszym społeczeństwie problem zdrowia jamy ustnej najmłodszych obywateli jest często bagatelizowany, co wynika nie tylko z braków w edukacji ich rodziców bądź opiekunów, ale również z ich światopoglądu czy też stylu życia. Ponadto odpowiedzialność za zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży ponoszą również lekarze dentyści oraz pracownicy służby zdrowia, zwłaszcza lekarze pediatrzy czy pielęgniarki, których zadaniem jest promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki i higieny jamy ustnej oraz właściwe edukowanie rodziców w tym zakresie. W idealnych warunkach prawidłowa profilaktyka jest w stanie doprowadzić do znacznego zmniejszenia częstości występowania próchnicy u dzieci, natomiast istniejące przypadki choroby można szybko dostrzec i skierować do odpowiedniego leczenia [18].

Istotne jest także propagowanie zachowań prozdrowotnych w mediach czy też szkołach rodzenia, ponieważ edukacja młodych rodziców w zakresie profilakty-

ki chorób jamy ustnej u dzieci wpłynie na kształtowanie ich osobowości wraz z pozytywnym nastawieniem do dbania o higienę jamy ustnej.

Wiedza i stosowana zgodnie z nią praktyka rodzicielska w zakresie higieny jamy ustnej mają bardzo istotne znaczenie w podnoszeniu stanu zdrowia dzieci od najmłodszych lat aż do osiągnięcia wieku szkolnego. Cele założone przez WHO, dotyczące braku próchnicy dzieci, mogą być osiągnięte w znacznym stopniu poprzez wysoki poziom świadomości prozdrowotnej rodziców i wychowawców małego dziecka [19, 20].

PIŚMIENNICTWO

1. Pawka B., Dreher P., Herda J. i in. Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(1): 5–7.
2. Woynarowska B. Zapobieganie próchnicy zębów i chorobom przyzębia. W: Woynarowska B. (red.). *Profilaktyka w pediatrii*. Wyd. 2. Warszawa, PZWL, 2008.
3. Szymańska J., Szalewski L. Próchnica zębów mlecznych w populacji polskich dzieci w wieku 0,5–6 lat. *Zdr Publ.* 2011, 121 (1): 86–9.
4. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2010–2012. Minister Zdrowia, Program na lata 2010–2012.
5. Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015. Minister Zdrowia, Program na lata 2013–2015.
6. Szpranger-Nodzak M. Profilaktyka stomatologiczna. W: Szpranger-Nodzak M., Wochna Sobańska M. (red.) *Stomatologia wieku rozwojowego*. Wydaw Lek PZWL, Warszawa 2007, 757–809.
7. Szymańska J., Szalewski L. Próchnica zębów mlecznych w populacji polskich dzieci w wieku 0,5–6 lat. *Zdr Publ.* 2011, 121 (1): 86–9.
8. Szczepańska J., Daszkowska M., Hilt A., Marczuk-Kolada G. Zalecenia higieniczne w obrębie jamy ustnej dla dzieci i młodzieży. *Nowa Stomatol.* 2015, 20(3): 125–130.
9. American Academy of Pediatric Dentistry 2014. Fast Facts.. Oral hygiene for babies and toddlers. Australian Dental Association.
10. Wójcicka A., Zalewska M., Czerech E., Jabłoński R., a Zyta Grabowska S., Maciorkowska E. Próchnica wieku rozwojowego chorobą cywilizacyjną, *Przegląd Epidemiol.* 2012, 66: 705–711
11. Furze H., Basso B. M. The first dental visit: an Argentine point of view, *International Journal of Pediatric Dentistry* 2003, nr 13, ss. 266–268.
12. Grzesiak I., Kaczmarek U. Pierwsza wizyta dziecka w gabinecie stomatologicznym, *Dental and Medical Problems* 2006, nr 43, ss. 433–437.

13. Wright G. Z., Alperm G. D. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit, *Journal and Dentistry for Children* 1971, nr 38, ss. 124–128.
14. Townend E., Dimigen G., Fung D. A., A clinical study of child anxiety, *Behaviour Research and Therapy* 2000, nr 38, ss. 31–46.
15. Rantavouri K., Zerman N., Ferro R., Lahti S., Relationship between children's first visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy, *Acta Odontologica Scandinavica* 2002, nr 60, ss. 297–300.
16. Hallas D., Fernandez J., Lim L, Carobene M. Nursing strategies to reduce the incidence of early childhood caries in culturally diverse populations. *Journal of Pediatric Nursing* 2011, 26: 248–256.
17. Petersen P. E. WHO, Geneva: World Health Organization global policy for improvement of oral health – World Health Assembly 2007. *International Dental Journal* 2008, 58(3): 115–121.
18. Kaczmarek U., Grzesiak I. Częstość i intensywność próchnicy u dzieci do 3. roku życia ze żłobków wrocławskich. *Porad Stomatol* 2005, 9: 4–7.
19. Wapniarska K., Buła K., Hilt A. Świadomość prozdrowotna rodziców w zakresie zdrowia jamy ustnej dzieci w świetle badań ankietowych. *Przegląd Epidemiol* 2016, 70: 137–140.
20. Strużycka I., Adamowicz-Klepalska B. Pilne zadania polityki państwa w zakresie zdrowia jamy ustnej w świetle zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. *Czas Stomat.* 2005, LVIII(6): 450–460.

Health promoting behaviours of parents in the area of oral prophylaxis and hygiene in children – review of the literature

Kinga Bernat¹, Jacek Majewski¹, Mirosław J. Jarosz¹

¹ Institute of Rural Health, Lublin

► Summary:

Introduction. Dental caries, similar to ischemic heart disease, cancer, type 2 diabetes, and allergies, is considered as a contemporary civilisation disease. Data from the Oral Health Monitoring show how serious the problem is dental caries is, both in children and adult Poles. Therefore, health education, health promotion and widely-understood prophylaxis seem to be the only proper methods which would enable the improvement of the state of oral health in children and adolescents, and in the future, the total Polish population.

Objective. The objective of the presented study is to show the role of parents in the process of shaping correct health promoting behaviours in the area of oral prophylaxis and hygiene in children, and the importance of education in this area. The study also presents recommendations for parents with respect to the appropriate approach to the discussed problem.

Description of the state of knowledge. Current data concerning the state of oral health in the Polish population are drawn from all-Polish studies conducted by order of the Ministry of Health. Based on the data from the monitoring in the years 2013–2015, it is known that the main problem in the area of oral health in our society is the frequency of occurrence of early childhood caries, which concerns children aged up to 3 years. Statistically, more than 50% of children aged 3 have decayed teeth, whereas only 20.4% of children aged 12 are free from caries. As the main cause of the above-presented problems are considered a common low awareness of health in society, especially among parents and caregivers of children at nursery age, as well as children and adolescents.

Conclusions. Knowledge, and applied with it, parental practice in the area of oral hygiene are of great importance for the improvement of the state of health of children, from the youngest until reaching school age. Therefore, it is extremely important to promote pro-health behaviours of parents in the area of prophylaxis of oral diseases in children, because it is the parents who exert the essential effect on shaping the personality of their children, with a positive attitude towards concern about oral hygiene.

► **Keywords:** dental caries, children, parents, prophylaxis, education

Wpływ palenia tytoniu na błonę śluzową jamy ustnej, ze szczególnym uwzględnieniem leukoplakii – na podstawie piśmiennictwa

Jacek Majewski¹, Kinga Bernat¹, Mirosław J. Jarosz¹

¹ Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Nikotyna w Polsce jest najczęstszą stosowaną używką. Jeden papieros to od 0,015 do 0,03 grama nikotyny, bardzo silnej trucizny, która w dużej dawce może być śmiertelna. W kontakcie z błoną śluzową jamy ustnej może powodować zmiany przednowotworowe, a w konsekwencji nowotwory górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Cel. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie leukoplakii jako zmiany przednowotworowej, będącej konsekwencją palenia tytoniu. W artykule ukazano ścisłą zależność między nikotyną a stanem błony śluzowej jamy ustnej.

Opis stanu wiedzy. Według danych WHO liczba zachorowań na nowotwory będzie systematycznie rosła.

Dane epidemiologiczne z wielu europejskich państw, między innymi z Hiszpanii, Szwajcarii, Holandii, wskazują na występowanie leukoplakii w populacji z częstotliwością od 0,2 do 11,7%. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że zachorowalność na nowotwory jamy ustnej i gardła u mężczyzn wynosi 4%, a u kobiet 1%. W 1980 roku liczba zachorowań wynosiła 2002, w roku 2010 liczba osób ze zdiagnozowanym nowotworem wzrosła do 3669. Ministerstwo Zdrowia wydało uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą *Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych*.

Podsumowanie. Toksyczne działanie nikotyny na delikatną błonę śluzową jamy ustnej jest od dawna udowodnione. Wyniosłe twarde tarczki o chropowatej powierzchni oraz brodawkowate wyrosła na błonie śluzowej świadczą o zaawansowanej leukoplakii. Badanie stomatologiczne bardzo często przyczynia się do wykrycia tej zmiany.

► **Słowa kluczowe:** nikotyna, leukoplakia, nowotwór, błona śluzowa jamy ustnej

WPROWADZENIE

Palenie papierosów jest najczęstszym nałogiem wśród Polaków. Pomimo systematycznego spadku osób palących, odsetek narażonych na kontakt z dymem tytoniowym w Polsce jest jednym z największych na świecie. Wyniki przeprowadzonych przez WHO w 2007 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 34%, okazjonalnie palących 2%, ekspalaczy 19%, a nigdy niepalących 45%. W populacji kobiet 23% paliło codziennie, 3% okazjonalnie, 10% stanowiły ekspalaczki, a 64% osoby nigdy niepalące. Niepokojące jest społeczne rozwarstwienie zjawiska palenia tytoniu w Polsce. Najbiedniejsi, niewykształceni Polacy palą znacznie częściej

(np. bezrobotni mężczyźni w około 70%) niż osoby bogatsze z wyższym wykształceniem (wśród mężczyzn około 30%). Z badań przeprowadzony przez TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego wynika, że w 2015 roku 24% Polaków paliło tytoń codziennie. Z danych wynika systematyczny spadek osób palących i liczby spalanych papierosów [1, 2, 3].

W krajach europejskich co piąty przypadek raka jest powodowany przez palenie papierosów. Nałóg ten jest przyczyną ponad 80% zachorowań na raka krtań i płuca, co drugiego nowotworu gardła, co trzeciego jamy ustnej i przełyku. Średnio blisko 35% wszystkich zgonów z powodu nowotworów można przypisać paleniu tytoniu [4, 5, 6, 7].

Pomimo prowadzonych licznych kampanii przeciwko nikotynie, palący nie zdają sobie sprawy ze szkodliwości tego nałogu. W dymie tytoniowym jest wiele związków chemicznych, z których większość jest bardzo toksyczna i karcynogenna. Nikotyna jest najlepiej poznanym farmakologicznie aktywnym składnikiem tytoniu, może być wiązana przez skórę, układ pokarmowy i oddechowy. Badania eksperymentalne wykonane *in vitro* oraz *in vivo* wykazały, że nikotyna ulega dystrybucji do wszystkich tkanek ustroju ludzkiego. Dociera szybko do komórek mózgowych, gdzie przyspiesza i pobudza działanie ośrodkowego układu nerwowego, co przyczynia się do powstania uzależnienia od nikotyny. Dym nikotynowy zawiera ponad 7 tys. związków chemicznych. Co najmniej 250 wśród tych substancji jest szkodliwa, a 70 ma działanie rakotwórcze (według danych ACS). Palący papierosy wdycha smołę, radioaktywny polon, nikiel, cyjanowodor, formaldehyd, amoniak oraz tlenek węgla, który, tworząc z hemoglobina kompleks zwany karboksyhemoglobina, sprawia, że krew staje się gorzej natleniona. Substancje rakotwórcze z dymu papierosowego mogą inicjować proces nowotworowy. W efekcie powodowanych przez nie uszkodzeń DNA komórki rosną i dzielą się bez ograniczeń. Co więcej, trujące związki chemiczne gromadzą się przez lata w organizmie palacza, potęgują swoje działanie, stając się jeszcze bardziej szkodliwe i zwiększając ryzyko zachorowania na nowotwór [7, 8, 9, 10].

Dym tytoniowy w pierwszej kolejności kontaktuje się z błoną śluzową jamy ustnej. Palenie tytoniu wpływa na powierzchniowy nabłonek jamy ustnej. Zmiany patologiczne rozpoczynają się już na poziomie molekularnym, powodując serię reakcji, które oddziałują na cały organizm. Występują zaburzenia w mechanizmie kontroli wzrostu komórek nabłonka. Śluzówka jamy ustnej jest bardzo podatna na czynniki drażniące i reaguje na nie zwiększonym namnażaniem się komórek. Zwiększa się liczba komórek zapalnych oraz odsetek komórek dojrzałych. Widoczne są komórki atypowe, które wraz z zaburzeniem architektury warstw nabłonka dają obraz dysplazji. Pod mikroskopem widoczny jest rozwój pigmentacji, zwiększenie grubości nabłonka (białe zmiany) oraz podrażnienie małych gruczołów ślinowych na podniebieniu twardym. Najczęstsze zmiany to: podniebienie palacza, zmiany liszajowate (np. liszaj płaski), melanoza, leukoedema. Zazwyczaj zmiany umiejscawiają się na błonie śluzowej policzków, najrzadziej pojawiają się

na dnie jamy ustnej. U większości palaczy obserwuje się zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej [7, 11, 12, 13, 14].

Nazwa „leukoplakia” powstała przez połączenie dwóch greckich słów: *leuco* – ‘biała’ i *plakos* – ‘plama’. Po raz pierwszy określenie to w terminologii medycznej wprowadził w 1877 węgierski lekarz Schwimmer. Według definicji podanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) leukoplakia to biała zmiana (plama) na błonie śluzowej jamy ustnej. Charakterystyczny jest jej rogowaciejący charakter i to że nie można jej usunąć mechanicznie [15, 16, 17, 18].

Zmiany patologiczne rozpoznawalne w przebiegu leukoplakii w badaniu mikroskopowym charakteryzują się znacznym zróżnicowaniem: począwszy od zwykle łagodnych, do raka *in situ*. Podczas badania histopatologicznego obserwuje się hiperkeratozę z pogrubieniem warstwy kolczystej nabłonka, akantozę z towarzyszącymi naciekami z komórek plazmatycznych w tkance łącznej, sporadycznie atypię komórek. W badaniach wykazano, że prawdopodobieństwo przemodelowania zwykłych komórek w nowotworowe wynosi od 3% do prawie 14%, a histopatologiczne zdiagnozowana dysplazja zwiększa go nawet do 30–40% [19, 20, 21, 22].

Typowym stanem przedrakowym błon śluzowych narządów głowy i szyi, przede wszystkim jamy ustnej, jest rogowacenie białe (leukoplakia). Najczęstszymi czynnikami wpływającymi na rozwój nowotworu w przypadku leukoplakii jest kontakt błony śluzowej z dymem tytoniowym oraz alkoholem wysokoprocentowym. Ryzyko jest wprost proporcjonalne do stopnia ekspozycji; każdy z tych dwóch czynników zwiększa 2–3 razy ryzyko zachorowania na raka jamy ustnej, gardła i krtani, połączenie tych dwóch czynników powoduje ponad 15-krotny wzrost ryzyka. Palenie papierosów nasila działanie alkoholu. Sam alkohol też ułatwia i przyspiesza wnikanie substancji rakotwórczych zawartych w dymie papierosowym w obręb jamy ustnej i gardła. Każdy z tych środków oddzielnie jest więc kilkakrotnie mniej groźny dla zdrowia [23, 24, 25, 26]. Niestety, kieliszek i papieros to często nierozłączna para, więc ci, którzy palą i piją narażają się na 10–100 razy większe ryzyko zachorowania na nowotwory. Całkowite zerwanie z obu nałogami ograniczyłoby liczbę przypadków raka jamy ustnej aż o 83%. Zmniejszając tylko ilość wypijanego alkoholu, można by zapobiec 42% przypadków raka jamy ustnej, gardła i przełyku. Chorych charakteryzuje skłonność do nadużywania obu wymienionych używek. Innymi znanymi czynnikami przyczynowymi w tej grupie nowotworów są: zła higiena jamy ustnej oraz mechaniczne, przewlekłe drażnienie błony śluzowej (niedopasowane protezy stomatologiczne, ukruszone zęby) [27, 28].

Leukoplakia jest jednym z najczęstszych stanów przedrakowych błony śluzowej jamy ustnej. Rogowacenie białe jest zlokalizowane na błonie śluzowej policzków, wyrostków zębodołowych, dna jamy ustnej, języka i podniebienia. Leukoplakia jest terminem klinicznym. Oznacza obecność białych plam w błonie śluzowej, zazwyczaj o średnicy nie mniejszej niż 5 mm, niedających się usunąć

mechanicznie. W badaniu histopatologicznym stwierdza się rozrost nabłonka wielowarstwowego płaskiego, który ulega rogowaceniu. Występuje trzykrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet, zwykle między 40. a 60. rokiem życia.

Ze względu na stopnie klinicznego zaawansowania leukoplakie możemy podzielić (wg Thomy) następująco:

I – zmętnienie nabłonka,

II – biała opalizująca plama delikatnie bruzdowana, nieznacznie wyniosła,

III – wyniosłe twarde tarczki o powierzchni chropowatej, skórzastej z rąbkami zapalnym i nacieczeniem podłoża, rozpadliny i nadżerki,

IV – brodawkowate wyrośla z rąbkami zapalnym i nacieczeniem podłoża, rozpadliny i nadżerki.

Leukoplakia może również przybierać formę:

- homogeną, wtedy jest to biała plama gładka lub z lekko pofałdowaną powierzchnią, bez cech dysplazji;
- niehomogeną, o białych plamach z ogniskiem zapalenia lub o wyniosłych biało-czerwonych guzkach [29, 30, 31, 32].

Badania prowadzone przez Silvermanna wykazują, iż rogowacenie białe błony śluzowej jamy ustnej pojawia się w populacji z częstością 0,2–11,7%. Częstość transformacji złośliwej leukoplakii zależy od umiejscowienia i typu zmiany, wieku i płci pacjenta. Ryzyko transformacji leukoplakii w raka płaskonabłonkowego wynosi 3–14%, a histopatologiczne rozpoznanie dysplazji potęguje to ryzyko nawet do 30–40% [16, 17, 26].

Leukoplakia jest najczęstszym potencjalnie złośliwym zaburzeniem błony śluzowej jamy ustnej. Zapobieganie temu schorzeniu opiera się głównie na profilaktyce pierwszo- i drugorzędowej. Zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe, w przypadku rogowacenia białego to są głównie papierosy, w znaczny sposób zmniejszają prawdopodobieństwo pojawienia się choroby. Wczesne wykrywanie (profilaktyka wtórna) polega na badaniu osób, które nie mają objawów choroby (I i II stopień kliniczny) w celu detekcji zmiany we wczesnym okresie. Daje to wielkie szanse na wyleczenie w początkowym stadium choroby.

Według teorii wprowadzonej przez Lalonde'a styl życia ma największy wpływ na zdrowie człowieka. Główne czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory to między innymi palenie tytoniu, picie wysokoprocentowego alkoholu, złe nawyki żywieniowe, brak aktywności fizycznej oraz edukacji w obszarze zdrowotnym. Mając wpływ na te składowe, społeczeństwo z roku na rok powinno być zdrowsze, a tak nie jest. Raport Światowej Organizacji Zdrowia wskazuje, iż liczba zachorowań na nowotwory w Europie do 2030 wyniesie ok. 4,1 miliona. Jest to związane ze wzrostem długości życia człowieka, a co za tym idzie wydłużeniem się czasu ekspozycji na czynniki ryzyka nowotworu [33, 34].

PIŚMIENNICTWO:

1. Krzyżanowska A., Głogowski C. Nikotynizm na świecie Następstwa ekonomiczne. *Menedżer Zdrowia* 2004/2, s. 38–42.
2. WHO Tobacco or Health. 1997. A Global Status Report.
3. The European Report on Tobacco Control Policy, WHO 2002.
4. Zatoński W. Raport dla Polski opracowany przez Fundację Promocja zdrowia, Warszawa 2001.
5. Czapiński J. Nikotynizm w Polsce. Report dla World Health Organization. Warszawa 2011 <http://onkologia.org.pl/palenie-tytoniu/> [dostęp: 28.03.2017].
6. Michalak E. Halko-Gąsior A. Chomyszyn-Gajewska M. Wpływ tytoniu na stan jamy ustnej – na podstawie piśmiennictwa. *Przegląd Lekarski* 2016/73/7.
7. Rudziński R., Banach J. Wpływ nawyku palenia tytoniu na stan przyzębia oraz toksyczne oddziaływanie nikotyny i jej metabolitów na tkanki przyzębia. *CzasStomatol.* 2008; 61, s. 635–643.
8. Benowitz N. L., Jacob P. Effects of cigarette smoking and carbon monoxide on nicotine and cotinine metabolism. *ClinPharmacolTher.* 2000; 67: 653–659.
9. Kyrematen G. A., Morgan M. L., Chattopadhyay B., deBethizy J. D., Vesell E. S. Disposition of nicotine and eight metabolites in smokers and nonsmokers: identification in smokers of two metabolites that are longer lived than cotinine. *ClinPharmacolTher.* 1990; 48: 641–651.
10. Tutka P., Mosiewicz J., Wielosz M. Pharmacokinetics and metabolism of nicotine. *Pharmacol Rep.* 2005; 57: 143–153.
11. Fontes P. C., Corrêa G. H., Issa J. C., Brandão A. A., Almeida J. D. Comparison of exfoliative pap stain and AgNOR counts of the tongue in smokers and non-smokers. *Head and Neck Pathol.* 2008; 2: 157–162.
12. Taybos G. Oral changes associated with tobacco use. *Am J M Sci.* 2003; 326: 179–182.
13. Aljabab M. A., Aljabab A. A., Patil S. R. Evaluation of oral changes among tobacco users of Aljouf Province, Saudi Arabia. *J ClinDiagn Res.* 2015; 9: 58–61.
14. Chandra P., Govinadraj P. Prevalence of oral mucosal lesions among tobacco users. *OralHealthPrev Dent.* 2012; 10: 149–153.
15. Petkowicz B., Skiba M., Tomaszewski T., Wysokińska-Miszczyk J. Leukoplakia błony śluzowej jamy ustnej w aspekcie klinicznym i epidemiologicznym – analiza przypadków. *Dent. Med. Probl.* 2004, 41, 4, 635–641
16. Garcia-Pola Vallejo M. J., Martinez Diaz I., Garcia Martin J. M., Gonzales Garcia M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult spanish population. *Commun. Dent. OralEpidemiol.* 2002, 30, 277–285.

17. Axell T. Occurrence of leukoplakia and some other oral white lesions among 20333 adult Swedish people. *Commun. Dent. Oral. Epidemiol.* 1987, 15, 46–51.
18. Von Arx T., Koch S., Hardt N. Lesions of the mouth mucosa. An anamnestic and clinical study of 100 consecutive patients with mucosal lesions. *Schweiz Monatsschr. Zahnmed.* 2002, 112, 326–329.
19. Waśkowska J., Koszowski R. Ocena wyników leczenia kriochirurgicznego leukoplakii błony śluzowej jamy ustnej w materiale Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej ŚAM. *Czas. Stomatol.* 2006, LIX, 6, 438–445.
20. Bouquot J. E., Whitaker S. B. Leukoplakia jamy ustnej – podstawa rozpoznawania i rokowania jej klinicznych podtypów, czyli faz. *Quintessence* 1995, III, 12, 827–834.
21. Charazińska-Carewcz K., Laskus-Perendyk A., Górka R. Zmiany w jamie ustnej pacjentki z rozpoznaniem nadżerkowej postaci liszaja płaskiego (LP), leukoplakii oraz drożdżakowatego zapalenia jamy ustnej. Opis przypadku. *Stomatol. Współcz.* 1997, 4, 1, 13–15.
22. Kobos J. Propozycja systemu leczenia i monitorowania chorych z leukoplakią błony śluzowej jamy ustnej. *Nowotwory* 1994, 44, 59–64.
23. Nyrka B. Leukoplakia – najczęstszy stan przednowotworowy występujący w jamie ustnej. *Przegląd Stomatologii Wieku Rozwojowego* 1997.
24. Sieńko E. Kompleksowe leczenie leukoplakii błony śluzowej jamy ustnej. *Mag. Stomatol.* 1998, VIII, 8, 45–50.
25. Sieńko E. Leukoplakia – stan przednowotworowy błony śluzowej jamy ustnej. *Onkol. Pol.* 1999, 2, 4, 209–211.
26. Gliński B., Ząbek M., Urbański J. Podstawowe zasady postępowania z chorymi na raka płaskonabłonkowego głowy i szyi. *Współczesna Onkologia* 2006, vol. 10; 6 (263–267)
27. Jassem J., Kawecki A. Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych. Krzakowski M (red.). *Polska Unia Onkologii*, Warszawa 2003, s. 11–25.
28. Wojciechowska U., Didkowska J., Tarkowski W., Zatonski W. (red.). Nowotwory złośliwe w Polsce w 2003 roku. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2005.
29. Mendelsohn J., Baselga J. Status of epidermal growth factor receptor antagonists in the biology and treatment of cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 2787–99.
30. van der Waal I. Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015 Nov 1; 20 (6):e685–92.
31. Pindborg J. J., Reichart P. A., Smith C. J., van der Waal I. World Health Organization International Histological Classification of Tumours. *Histological Typ-*

- ing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa. Second Edition ed. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag. 1997. P. 1–85.
32. van der Waal I., Axéll T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *OralOncol.* 2002; 38: 521–6.
33. Raczkowska-Siostrzonek A., Pogorzelska-Stronczak B. Profilaktyka nowotworów złośliwych ze szczególnym uwzględnieniem raka jamy ustnej. *Czas. Stomat.* 2005, LVIII, 9.
34. Hoffman B., Koper K. Profilaktyka chorób nowotworowych. *Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych.* Redakcja Anna Koper, Wydawnictwo PZWL 2012.

Effect of tobacco smoking on the oral mucosa, with particular consideration of leukoplakia – based on literature

Jacek Majewski¹, Kinga Bernat¹, Mirosław J. Jarosz¹

¹ Institute of Rural Health, Lublin

► Summary:

Introduction. Nicotine is the stimulant most frequently used in Poland. One cigarette contains from 0.015 to 0.03 grams of nicotine, a very strong poison which, in a high dose, may be lethal. In contact with oral mucosa it may cause pre-cancerous changes, and consequently, cancer of the upper part of the gastrointestinal tract.

Objective. The objective of the presented study is the presentation of leukoplakia as a pre-cancerous change as a consequence of tobacco smoking. The study demonstrates a close relationship between nicotine and the oral mucosa.

Description of the state of knowledge. According to data by the WHO, the number of cases of cancer will systematically increase. Epidemiological data from many European countries, including Spain, Switzerland, and Holland, indicate the occurrence of leukopatia among the population with a frequency of 0.2 – 11.7%. Data from the National Cancer Register show that the incidence of oral and pharyngeal cancer is 4% in males, and 1% in females. In 1980, the number of cases was 2,002, while in 2010 the number of patients with the diagnosis of cancer increased up to 3,669. The Ministry of Health issued a resolution in the matter of development of a many-year programme for the years 2016–2024 entitled ‘National Cancer Control Programme’.

Conclusion. Toxic effect of nicotine on the delicate oral mucosa was confirmed long ago. Raised hard patches with a thickened surface, and papilla-like outgrowths on the mucous membrane, evidence an advanced leukoplakia. Dental examination often contributes to the detection of this change.

► **Keywords:** nicotine, leukoplakia, cancer, oral mucosa

PRACE BADAWCZE

Jakość życia chorych po amputacji kończyn dolnych

Ewa Czuchryta¹, Wiesław Kowalski¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Pomimo ogromnego postępu nauk medycznych liczba wykonywanych amputacji jest bardzo wysoka, a badania statystyczne wykazują jej nieznaczny, ale stały wzrost. Powodem takiego stanu rzeczy jest starzejące się społeczeństwo, coraz częstsze przypadki cukrzycy oraz upowszechnienie motoryzacji i związany z tym wzrost liczby wypadków komunikacyjnych. Obecnie w Polsce wykonuje się około 12–13 tysięcy amputacji rocznie. Każda amputacja niesie ze sobą obniżenie jakości życia w różnorodnych sferach. Pojawiają się problemy somatyczne, z samoobsługą, zawodowe i społeczne oraz problemy natury psychicznej.

Cel. Celem pracy jest poznanie jakości życia respondentów – chorych po amputacji kończyn dolnych.

Materiał i metody. Grupa reprezentatywna, która została poddana badaniom, liczyła 30 osób. Byli to pacjenci poddani amputacji kończyn dolnych, u których od momentu operacji upłynął okres co najmniej jednego miesiąca. Ankiety wypełnili oni dobrowolnie i anonimowo. Badania przeprowadzone zostały na terenie województwa lubelskiego od września do października 2016 roku. Zastosowano w nich metodę sondażu diagnostycznego, która umożliwia poznanie opinii badanych. W celu zgromadzenia materiału badawczego dotyczącego jakości życia chorych po amputacjach kończyn dolnych zastosowano technikę ankiety, natomiast jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz skierowany bezpośrednio do pacjentów.

Wyniki i wnioski. Zarówno badania, jak i przeprowadzony wywiad pozwoliły na wyciągnięcie wniosku, że fakt amputacji znacznie pogarsza jakość życia pacjenta. Chorzy najczęściej nie akceptują własnego wyglądu, borykają się z różnymi barierami i utrudnieniami, miewają stany depresyjne, ich kontakty społeczne ulegają znacznemu zawężeniu. Rządząco korzystają ze wsparcia instytucji i stowarzyszeń, których celem jest niesienie pomocy ludziom po amputacjach. Wielu z nich w ogóle nie słyszało o możliwości tego rodzaju pomocy. Z badań wynika również, że najważniejszym czynnikiem, który może w przyszłości poprawić funkcjonowanie badanej grupy pacjentów jest postęp cywilizacyjny, który zapewni z jednej strony wyższe nakłady na świadczenia i pomoc medyczną, z drugiej zaś strony zmianę mentalności oraz wzrost odpowiednich kompetencji i kwalifikacji. Umożliwi to chorym dostęp do osiągnięć współczesnej medycyny, protetyki oraz technologii, które są w stanie znacznie poprawić ich życie.

► **Słowa kluczowe:** jakość życia, pacjent, amputacja, kończyny dolne

WPROWADZENIE

Badania archeologiczne wskazują, że już w epoce neolitu żyli ludzie z amputowanymi kończynami. Do amputacji tych dochodziło najczęściej na skutek wypadków, w wyniku kary czy w przebiegu rytualnych obrzędów, a nie w efekcie zabiegów

chirurgicznych. Pierwsza wzmianka o amputacjach jako zamierzonych zabiegach chirurgicznych zawarta jest w traktacie Hipokratesa „O stawach” i dotyczy odjęcia kończyny z powodu zgorzeli z niedokrwienia. Hipokrates wskazywał, że odjęcie powinno przebiegać w tkankach niedokrwienych – poniżej granicy obumarłej skóry. Zamieścił też opis wyluszczenia kończyny w stawie kolanowym [1].

Na większą skalę amputacje kończyn zaczęły być stosowane z powodu ran odniesionych na wojnach, od czasu zastosowania prochu jako środka walki. Ówczesni chirurdzy dysponowali takimi narzędziami amputacyjnymi jak noże i piły, lecz brakowało im środków znieczulających, opasek uciskowych i podwiązek naczyniowych. Nie radzili sobie z wstrząsem, krwotokiem i zakażeniem. Rzadko stosowane było odjęcie na poziomie uda i przedramienia [2].

Pierwszym chirurgiem, który przeprowadził pomyślną amputację nogi powyżej kolana był Ambroży Paré. Zabieg ten miał miejsce w roku 1575 [3].

W 1674 roku po raz pierwszy wprowadzono opaskę uciskową w celu ochrony przed krwotokiem, a ponad sto lat później – gumową taśmę. W tym czasie nie przestrzegano podstawowych zasad higieny i dlatego większość pacjentów poddawanych amputacji umierała nie na skutek utraty kończyny podczas postrzału, lecz w wyniku zakażenia, które miało miejsce podczas interwencji chirurgicznej [4].

Równie długą historię, jak amputacja kończyn, ma ich protezowanie. Pierwsza wzmianka o drewnianej stopie pochodzi z księgi starożytnego greckiego autora Herodotusa (424 p.n.e.) [5]. Na temat drewnianych szczudeł zachowały się nie tylko wzmianki, ale także wizerunki umieszczone na wielu starożytnych artefaktach, np. na mozaikach. Najstarszą zachowaną protezą była proteza pochodzenia rzymskiego, datowana na ok. 300 r. p.n.e. wykonana z drewna i brązu i ukształtowana na wzór zdrowej kończyny. Niestety uległa ona zniszczeniu w czasie II wojny światowej. Lekkie protezy metalowe zaczęto na masową skalę stosować podczas I wojny światowej, ale po wojnie doszło do pogorszenia jakości amputacji, np. zarzucono zaszywanie płatów mięśniowych nad kością, co uniemożliwiło stosowanie dogodnych protez. Dopiero po II wojnie światowej podjęto na nowo badania nad jednością amputowania i protezowania [2,6].

Istotnym problemem osób po amputacji kończyn dolnych są trudności w codziennym funkcjonowaniu z powodu utraty funkcji odjętych kończyn. Stopień tego rodzaju trudności zależy przede wszystkim od tego, czy amputacja ma charakter obustronny, czy też jednostronny. Pacjenci mają problemy z poruszaniem się i w związku z tym często muszą korzystać z pomocy innych osób w trakcie takich czynności samoobsługowych jak przemieszczanie się, mycie, obsługa urządzeń domowych, korzystanie z toalety itp. Zaradzić tym problemom można poprzez zniwelowanie barier architektonicznych, dobór odpowiedniej protezy, wózka inwalidzkiego, zastąpienie schodów podjazdem, korzystanie z windy, montaż odpowiednich uchwytów [7,8].

Pacjenci poddawani amputacjom kończyn dolnych są poniekąd z góry skazani na przeżywanie silnych negatywnych emocji oraz przykrych przeżyć. Powo-

dem tego stanu rzeczy jest drastyczność i nieodwracalność tego rodzaju operacji. Już samo podjęcie decyzji dotyczącej wyrażenia zgody na zabieg jest dla chorego trudną chwilą. Większość chorych doświadcza wówczas obawy o wynik zabiegu. Wielu z nich boi się przyszłości, odczuwa lęk przed bólem i unieruchomieniem, a nawet lęk przed śmiercią [9].

Osoby po amputacji kończyn dolnych często borykają się z trudnościami w nawiązywaniu kontaktów społecznych. Najbardziej tego rodzaju problemy odczuwają ludzie młodzi, którzy przed amputacją nie zdążyli jeszcze założyć własnej rodziny [10,11].

Mają ograniczone możliwości wykonywania pracy zawodowej z powodu mniejszej sprawności fizycznej, a niektórych zawodów w ogóle nie mogą wykonywać. Wiąże się to z zagrożeniem znacznego obniżenia statusu materialnego, co dotyczy przede wszystkim osób, które zmuszone są do utrzymywania się wyłącznie z renty inwalidzkiej. Zaradzić tym problemom mogą odpowiednie programy rządowe, których celem jest pomoc osobom niepełnosprawnym w przekwalifikowaniu się. Ważne jest także wsparcie dla pracodawców, którzy decydują się na zatrudnienie osób niepełnosprawnych. Należy zauważyć, że obecne czasy sprzyjają zatrudnieniu takich właśnie osób, ponieważ rozwój nowoczesnych technologii eliminuje znaczenie siły fizycznej, natomiast promuje takie cechy jak precyzja, zdolności interpersonalne, znajomość języków obcych, biegłość w posługiwaniu się programami komputerowymi. Osoby po odjęciu kończyn dolnych mogą z powodzeniem pracować w zawodzie informatyka, tłumacza, nauczyciela, doradcy klienta. Ważnym udogodnieniem dla takich osób jest tzw. telepraca, czyli możliwość wykonywania pracy w domu za pośrednictwem telefonu [12,13].

CEL

Celem pracy jest poznanie jakości życia respondentów – chorych po amputacji kończyn dolnych.

MATERIAŁ I METODA

Grupa reprezentatywna to pacjenci poddani amputacji kończyn dolnych, u których od momentu operacji upłynął okres co najmniej jednego miesiąca. Ankietę wypełnili oni dobrowolnie i anonimowo. Badania przeprowadzone zostały na terenie województwa lubelskiego od września do października 2016 roku. Badaniami objęto 30 pacjentów (11 kobiet i 19 mężczyzn), u których przeprowadzono amputację kończyn dolnych. Większość spośród badanych (63,33%) mieściła się w przedziale wiekowym 51–70 lat. Przeważająca część osób (46,66%) była mieszkańcami wsi. Jeśli chodzi o wykształcenie, to ponad połowa z respondentów (66,66%) charakteryzowała się niskim jego poziomem – podstawowym lub zawodowym. Tylko 6,66% ankietowanych legitymowało się wykształceniem

wyższym. Powodem większości amputacji (53,33%) okazały się choroby naczyniowe, co jest zgodne z literaturą przedmiotu, w której tego rodzaju choroby wskazuje się jako główną przyczynę amputacji. Przeważający odsetek amputacji (86,66%) to amputacje jednostronne. U znacznego odsetka badanych (43,33%) od amputacji minęło powyżej trzech lat.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. W celu zgromadzenia materiału badawczego, dotyczącego jakości życia chorych po amputacjach kończyn dolnych, zastosowano technikę ankiety, natomiast jako narzędzie badawcze posłużył autorski kwestionariusz, skierowany bezpośrednio do pacjentów.

WYNIKI I WNIOSKI

W badaniach oddzielnie przeanalizowano problemy zdrowotne, problemy z samoobsługą, warunki ekonomiczne, wsparcie ze strony instytucji, problemy psychiczne, relacje społeczne i styl życia.

Większość badanych pacjentów (56,66%) doświadcza w codziennym życiu trudności z wykonywaniem codziennych czynności, 33,33% rzadko ich doświadcza, natomiast u zdecydowanej mniejszości (10%) takie trudności w ogóle nie występują. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż istnieją statystycznie istotne różnice co do trudności z wykonywaniem codziennych czynności ($\chi^2 = 0,11$, $df = 2$; $p < 0,001$) (tabela 1).

Tabela 1. Trudności z wykonywaniem codziennych czynności

Trudności z wykonywaniem codziennych czynności	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Tak, bardzo często	6	54,54	11	57,89	17	56,66
Rzadko	4	36,36	6	31,57	10	33,33
Nie występują	1	9,09	2	10,52	3	10
Ogółem	11	100	19	100	30	100
χ ² = 0.11, df = 2; p < 0.001						

$$\chi^2 = 0,11, df = 2; p < 0,001$$

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak przed amputacją, większość badanych (56,66%) po amputacji utrzymuje się z renty lub emerytury, 23,33% jest na utrzymaniu rodziny, tylko 10% pracuje zawodowo, tyle samo utrzymuje się z innych źródeł, np. ze świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku stałego. Żadna z badanych osób nie korzysta z zasiłku dla bezrobotnych. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż istnieją statystycznie istotne różnice co do źródeł utrzymania po amputacji ($\chi^2 = 0,166$, $df = 3$; $p \leq 0,001$) (tabela 2).

Tabela 2. Trudności z wykonywaniem codziennych czynności

Trudności z wykonywaniem codziennych czynności	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Tak, bardzo często	6	54,54	11	57,89	17	56,66
Rzadko	4	36,36	6	31,57	10	33,33
Nie występują	1	9,09	2	10,52	3	10
Ogółem	11	100	19	100	30	100
$\chi^2 = 0,11$, df = 2; p < 0,001						

Źródło: opracowanie własne.

Jeśli chodzi o korzystanie z pomocy grup wsparcia działających na rzecz osób niepełnosprawnych, to zaledwie 16,66% ankietowanych z takiej pomocy korzysta, natomiast większość (83,33%) w praktyce nie wykorzystuje tego rodzaju pomocy. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż są statystycznie istotne różnice co do korzystania z pomocy grup wsparcia ($\chi^2 = 0,026$, $df = 1$; $p \leq 0,001$) (tabela 3).

Tabela 3. Ocena warunków ekonomicznych po amputacji

Ocenawarunków ekonomicznych	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Gorsze	5	45,45	10	52,63	15	78,94
Podobne	4	36,36	8	42,10	12	40
Lepsze	2	18,18	1	5,26	3	10
Ogółem	11	100	19	100	30	100
χ2 = 0,999, df = 2; p < 0,001						

Źródło: opracowanie własne.

Aż 50% respondentów deklaruje niezadowolenie z własnego życia po amputacji, 26,66% jest niezadowolonych, natomiast 23,33% deklaruje obojętność w tej kwestii. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż są statystycznie istotne różnice co do zadowolenia z życia po amputacji ($\chi^2 = 0,366$, $df = 2$; $p < 0,001$) (tabela 4).

Tabela 4. Korzystanie z pomocy grup wsparcia działających na rzecz osób po amputacji

Korzystanie z pomocy grup wsparcia	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Tak	2	18,18	3	15,78	5	16,66
Nie	9	81,81	16	84,21	25	83,33
Ogółem	11	100	19	100	30	100
$\chi^2 = 0,026, df = 1; p < 0,001$						

Źródło: opracowanie własne.

Badania wykazały, że amputacja w niewielkim stopniu wpłynęła na życie rodzinne respondentów. Tylko 20% spośród nich doświadczyło pogorszenia relacji w rodzinie, u 70% badanych relacje rodzinne w ich subiektywnym odczuciu nie zmieniły się, natomiast u 10% pacjentów uległy one poprawie. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż są statystycznie istotne różnice co do wpływu amputacji na życie rodzinne ($\chi^2 = 0,571$, $df = 2$; $p < 0,001$) (tabela 5).

Tabela 5. Zadowolenie z życia po amputacji

Zadowolenie z życia po amputacji	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Zadowolona/y	3	27,27	5	26,32	8	26,66
Niezadowolona/y	6	54,54	9	47,36	15	50
Obojętna/y	2	18,18	5	26,32	7	23,33
Ogółem	11	100	19	100	30	100
$\chi^2 = 0,366$, df = 2; p < 0,001						

Źródło: opracowanie własne.

60% badanych ocenia, że ich zainteresowania uległy ograniczeniu po amputacji, natomiast 40% takiej zależności nie dostrzega. Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż istnieje statystycznie istotna różnica co do ograniczenia zainteresowań po amputacji ($\chi^2 = 0,197$, $df = 1$; $p < 0,001$) (tabela 6).

Tabela 6. Wpływ amputacji na życie rodzinne

Wpływ amputacji na życie rodzinne	Płeć				Ogółem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Te same relacje	7	63,63	14	73,68	21	70
Lepsze relacje	1	9,09	2	10,52	3	10
Gorsze relacje	3	27,27	3	15,78	6	20
Ogółem	11	100	19	100	30	100
$\chi^2 = 0,571, df = 2; p < 0,001$						

Źródło: opracowanie własne.

WNIOSKI

1. Badania potwierdziły hipotezę, zgodnie z którą pacjenci po amputacjach kończyn dolnych doświadczają znacznego pogorszenia jakości życia w różnych jego aspektach.
2. Zdecydowana większość respondentów ocenia stan zdrowia jako znacznie gorszy w odniesieniu do stanu sprzed amputacji.

3. Większość badanych pacjentów doświadcza w codziennym życiu trudności z wykonywaniem codziennych czynności.
4. Większość pacjentów po amputacji potrzebuje na co dzień pomocy innych osób.
5. Żadna z badanych osób nie stwierdziła, że w ogóle się nie porusza.
6. Jakość życia większości pacjentów pogorszyła się także z powodu odczuwania przez nich bólu.
7. Na pogorszenie jakości życia osób po amputacjach wpływają także pewne elementy architektoniczne, np. krawężniki na ulicach, brak podjazdów w wielu miejscach, brak poręczy lub wind.
8. W pełni potwierdziła się hipoteza, zgodnie z którą amputacje kończyn dolnych negatywnie wpływają na stan psychiczny pacjentów.
9. Badania wykazały, że chorzy po amputacjach kończyn dolnych mają obniżone poczucie własnej wartości, co wiąże się m. in. z oceną własnego wyglądu zewnętrznego.

PODSUMOWANIE

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że nadziei na poprawę jakości życia osób po amputacji kończyn dolnych należy upatrywać nie tyle w postępie w dziedzinie medycyny i nowoczesnych technologii, ile w dalszym rozwoju cywilizacyjnym naszego kraju. Rozwój taki sprawi, że chorzy uzyskają korzyści, dzięki którym ich życie ulegnie znacznej poprawie. Należy tu wymienić takie czynniki jak: wyższy poziom świadczeń, dostęp do odpowiedniego rynku pracy, lepsza opieka medyczna – dzięki podniesieniu nakładów na służbę zdrowia, udoskonalenie infrastruktury, szerszy dostęp społeczeństwa do Internetu, rozwój instytucjonalnych form wsparcia dla osób niepełnosprawnych, a nawet zmiany programów edukacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Morawiecki M., Wilemska-Kucharzewska K., Zielonka W., Kokot R., Saran A., Bartnik P., Kucharzewski M. Amputacje kończyn na przestrzeni wieków. *Leczenie Ran* 2015; 12(4): 197–200.
2. Meier R. H. History of arm amputation, prosthetic restoration, and arm amputation rehabilitation. http://www.demoshealth.com/media/wysiwyg/pdf/Meier_01.pdf [dostęp: 28.03.2017 r.].
3. Thurston A. J. Paré and Prosthetics: The Early History of Artificial Limbs. *ANZ Journal of Surgery* 2007, 77: 1114–1119.
4. Bożek M. Amputacje i protezowanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
5. Dziak A. Amputacje i protezowanie. PZWL, Warszawa 1985.

6. Vitali M. i in. Amputacje i protezowanie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985.
7. Kapala W. Chory po amputacji kończyny dolnej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2008, 12.
8. Karwowska A. Amputacje kończyn dolnych. Utrata nogi to nie utrata życia. *Gazeta Wyborcza* 28.10.2015, dodatek Tylko Zdrowie.
9. Karwowska A. Amputacje kończyn dotyczące zmienionego wyglądu własnego ciała. *Problemy Pielęgniarstwa* 1994, nr 1.
10. Jaracz K., Komidzierska M. Reintegracja do normalnego życia chorych po amputacji kończyn dolnych. W: *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*. Tom XV. Akademia Medyczna w Poznaniu, Poznań 1999.
11. Szczygielska-Majewska M. Odczucia osób po odjęciu kończyn dotyczące zmienionego wyglądu własnego ciała. *Problemy Pielęgniarstwa* 1994, 1.
12. Adamska G. Życie po amputacji. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1998, 3.
13. Korzyk B., Korzyk P. Poczucie sensu życia osób po amputacji kończyn dolnych. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2003, 75 (2).

Quality of life of patients after amputation of lower extremities

Ewa Czuchryta¹, Wiesław Kowalski¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Despite the tremendous progress in medical science, the number of amputations performed still remains high, and according to statistical analyses, shows a slight but constant upward tendency. This is due to the ageing of society, increasingly more frequent cases of diabetes, as well as the popularization of motorization and, associated with it, increase in the number of road-traffic accidents. At present in Poland, approximately 12,000 – 13,000 amputations are performed annually. Each amputation results in a decrease in the quality of life in various domains. There occur somatic problems, with self-reliance, occupational and social, as well as problems of a psychological nature.

Objective. The objective of the study is recognition of the quality of life of patients after amputation of lower extremities.

Materials and Method. The representative group in the study included 30 patients who had undergone amputation of lower extremities, in whom the time elapsed from the moment of surgery was at least one month. The respondents voluntarily and anonymously completed a questionnaire. The study was conducted during the period from September-October in the Lublin Region, using the method of a diagnostic survey which allows recognition of the opinions of a large population, based on a representative group. The research material concerning the quality of life of patients after amputation of lower extremities was collected by means of a survey, while the research instrument was a questionnaire addressed directed to the patients. The second research technique applied was an interview with the physician in charge, who was a specialist in orthopaedics and oncology.

Results and Conclusions. The results of the study, as well as the survey conducted, allowed the conclusion that the fact of amputation considerably deteriorated the quality of life of a patient. The patients most frequently did not accept their body image, struggled with various barriers and difficulties, experienced depressive states, and their social contacts often narrowed considerably. They rarely used the support from institutions and associations which provide assistance to patients after amputations. Many of them had not heard anything about the possibility to obtain such assistance. The study also showed that the most important factor, which may improve the functioning of the examined group of patients in the future, is civilisation progress, which on the one hand, will provide higher outlays on medical services and assistance, and on the other hand, a change of mentality and an increase in appropriate competences and qualifications. This would allow the patients access to the achievements of contemporary medicine, prosthetics and technologies which can considerably improve their quality of life.

► **Keywords:** quality of life, patient, amputation, lower extremities

Ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci

Małgorzata Malinowska¹, Anna Włoszczak-Szubda¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Szczepienia ochronne to najskuteczniejsza metoda i najważniejszy element procesu profilaktyki rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych. W Polsce obowiązuje co roku aktualizowany przez Ministerstwo Zdrowia program szczepień ochronnych: obowiązkowych, finansowanych przez państwo, oraz zalecanych, finansowanych przez świadczeniobiorców. Jednocześnie z roku na rok wzrasta liczba rodziców odmawiających szczepienia swoich dzieci. Można domniemywać, że za takimi postawami stoi przede wszystkim brak wiedzy rodziców.

Cel. Celem badań była ocena wiedzy rodziców na temat szczepień zalecanych u dzieci.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 92 rodziców, których dzieci przebywały na dwóch oddziałach pediatrycznych w szpitalu przy al. Kraśnickiej w Lublinie. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety własnego autorstwa. Narzędzie zostało poddane podstawowej standaryzacji (pilotaż oraz ocena sędziów kompetentnych). Wyniki policzono za pomocą statystycznej analizy danych, przy użyciu arkusza kalkulacyjnego EXCEL.

Wyniki i wnioski. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że nie wszyscy rodzice wiedzą, czym są szczepienia zalecane. Istotnie wyższą wiedzę na temat szczepień posiadały kobiety z miasta z wykształceniem wyższym. Rodzice prezentują wysoki poziom wiedzy na temat chorób pneumokokowych i meningokokowych, natomiast nie mają dostatecznej wiedzy na temat chorób przenoszonych przez zakażone kleszcze, duży procent z nich nie słyszało o profilaktyce zalecanej.

W celu podniesienia poziomu wiedzy rodziców na temat chorób, przeciw którym proponuje się rodzicom szczepienia profilaktyczne, należałoby stworzyć program edukacyjny dla rodziców.

► **Słowa kluczowe:** szczepienia zalecane, rodzice, wiedza, dzieci

WPROWADZENIE

Historia szczepień w Polsce sięga początków dziewiętnastego wieku. Pierwszym szczepieniem w Polsce było szczepienie przeciwko ospie prawdziwej, drugim – szczepienie przeciw wściekliźnie. W okresie międzywojennym przystąpiono do szczepień przeciw błonicy. Od listopada 1958 roku rozpoczęto masowe szczepienia dzieci od 6 miesięcy do 5 lat przeciwko polio. W Polsce w latach 1955–1963 powstawał kalendarz szczepień. W 1994 roku wprowadzono *Program Szczepień Ochronnych* z podziałem na szczepienia obowiązkowe i zalecane [1].

Szczepienia zalecane to szczepienia wskazane w celu rozszerzenia ochrony dziecka przed chorobami zakaźnymi, nierefundowane przez budżet państwa. Rodzice, którzy chcą podać dziecku szczepionkę zalecaną dostępną na rynku, muszą ponieść pełen koszt jej zakupu [2].

Szczepienia zalecane dla dzieci to szczepienia przeciwko: ospie wietrznej, biegunce rotawirusowej, grypie, kleszczowemu zapaleniu mózgu, chorobie pneumokokowej i meningokokowej. Chcąc zapewnić dziecku ochronę, warto zastanowić się nad zakupem szczepionek zalecanych, finansowanych przez rodziców czy opiekunów. Szczepienia zalecane zapewniają indywidualną ochronę przed chorobami zakaźnymi. Są tak samo ważne jak szczepienia obowiązkowe. Stanowią najpewniejszy, najtańszy i najłatwiejszy sposób ochrony populacji ludzkiej przed chorobami zakaźnymi [3]. Rodzice, którzy nie korzystają ze szczepień zalecanych dla dzieci, przyznają w wywiadach, że powodem takiej decyzji jest obawa o działania niepożądane, wysoka cena, część z nich nie uzyskała informacji o możliwości wykonania szczepień zalecanych i nie wiedziała, jakie podjąć działania, by uzyskać szczepionkę [4]. Warto podkreślić, że rodzice, szczepiąc dzieci, ochronią je przed chorobami zakaźnymi z ciężkim przebiegiem i rokowaniem, a tym samym zapobiegną dużym kosztom leczenia i opieki nad ciężko chorymi dziećmi [5].

Liczbę wykonanych szczepień zalecanych w Polsce w latach 2005–2014 przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1 Liczba wykonanych szczepień zalecanych wśród dzieci i młodzieży (0–19 lat)

Rok	IchP	Ospa	IchM	KZM	Wirus brodawczaka	Biegunka. rotawirusowa	Grypa
2005	2685	4128	747	5828	-	-	150644
2009	136079	24195	77387	26241	24933	67344	15922
2010	145324	30153	46536	26103	24231	71692	86426
2011	165675	37360	67473	17891	20185	78298	74601
2012	179060	54337	43608	13200	21229	74493	56558
2013	195018	55284	43290	13625	19039	78416	54583
2014	193416	62375	47465	11887	24461	84332	46168

Źródło: UNICEF. Statystyki <http://dzieciwpolsce.pl/statystyka/37/szczepienia-zalecane-wsrod-dzieci-i-młodzieży/tabele/główny/> [dostęp: 15.11.2016].

Choroby zakaźne, przeciw którym zaleca się szczepienia, są bardzo groźne. Szczepienia zabezpieczają dzieci zaszczepione, a jednocześnie zmniejszają prawdopodobieństwo zachorowań dzieci nieszczepionych [6]. Celem szczepień jest przede wszystkim ochrona przed zachorowaniem na ciężkie choroby. Przeciwwskazaniem do szczepień są: ostre choroby zakaźne, czynna gruźlica, czynna choroba reumatyczna, choroby nerek, choroby górnych dróg oddechowych, choroby skóry i ośrodkowego układu nerwowego.

Jedyną skuteczną profilaktyką przed chorobami zakaźnymi są szczepienia ochronne, jednak podkreślić należy, że liczba osób uodpornionych ciągle jest nie-

wystarczająca. Nie wszyscy rodzice korzystają ze szczepień zalecanych, choć mają obowiązek dbania o zdrowie dzieci, a dzieci mają prawo do zdrowia [7].

Ruch antyszczepionkowy

W Polsce, podobnie jak w wielu krajach na świecie, co roku znacząco wzrasta liczba dzieci nieszczepionych. Rodzice uważają, że podejmując decyzję o szczepieniu bądź nieszczepieniu dzieci, korzystają z konstytucyjnego prawa do wolności. Przymuszanie do szczepień jest niezgodne z konstytucją [8].

W ostatnich latach nasiliły się ruchy antyszczepionkowe i wzrosła liczba osób odmawiających szczepień swoich dzieci. Przyczyną zwiększającej się liczby nieszczepionych dzieci jest przede wszystkim obawa rodziców przed wystąpieniem niepożądanych odczynów poszczepiennych. Szczepienia niemowląt przeciwko chorobom zakaźnym budzą wiele kontrowersji nie tylko wśród rodziców, ale i wśród lekarzy [9,10,11]. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wynika, że w 2015 odnotowano rekordową liczbę odmów szczepień. W tym okresie od obowiązkowych szczepień uchyliło się 16 689 osób. To o około 4 tys. więcej niż w 2014 roku, kiedy odnotowano 12 681 odmów [12]. Tempo wzrostu liczby dzieci, których rodzice odmawiają zaszczepienia, może budzić niepokój. Jeszcze w 2011 r. odmowa rodziców była przyczyną niezaszczepienia około 4,7 tys., w 2012 r. ok. 5,3 tys., w 2013 r. ponad 7 tys., a w 2014 r. już ponad 12 tysięcy dzieci. Działanie ruchów antyszczepionkowych jest spowodowane brakiem elementarnej wiedzy z zakresu kilku dziedzin medycyny, w tym immunologii, biologii czy patologii [13;14].

CEL

Celem badań było poznanie poziomu wiedzy rodziców dzieci przebywających w szpitalu na temat szczepień zalecanych u dzieci.

MATERIAŁ I METODA

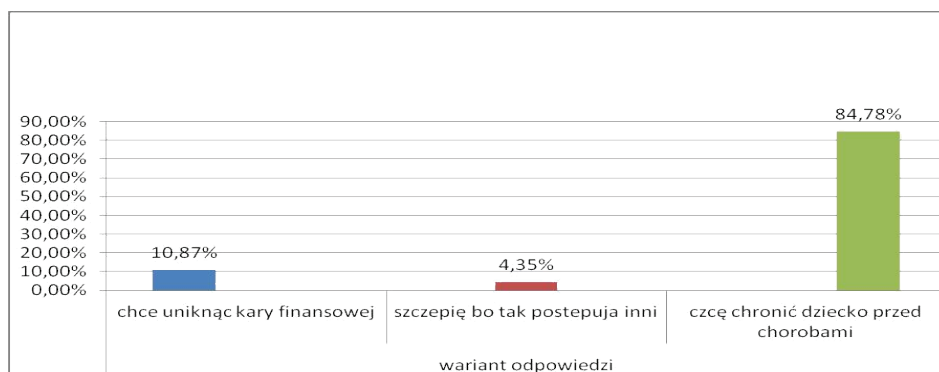
Badanie prowadzono od 20.10.2016 do 30. 11. 2016 roku. Obszarem prowadzonych badań był Oddział Dziecięcy z Izbą Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Lublinie. Ankietowani to rodzice chorych dzieci przebywających w tym czasie w oddziale szpitalnym. Rozdano 115 ankiet, z czego 92 wróciły prawidłowo wypełnione, pozostałe osoby z nieznanymi powodów zrezygnowały z wypełnienia ankiety. Wśród 92 ankietowanych rodziców 70 zamieszkiwało miasto, jedynie 22 osoby jako miejsce swojego pochodzenia wskazały wieś. Badaniami objętych było 56 kobiet, czyli 60,87% wszystkich ankietowanych, w tym 1 posiadająca wykształcenie zawodowe, 4 średnie i 51 z wykształceniem wyższym, oraz 14 mężczyzn, czyli 15,22% z wszystkich ankietowanych: 10 z wykształceniem średnim i 4 z wykształceniem wyższym. Wiek ankietowanych rodziców wahał się w przedziałach: 18–24 lata (6,52%) – to

najmniej liczna grupa, kolejna 25-osobowa grupa, skupiająca badanych w wieku od 25 do 30 lat, stanowiła 27,18% ankietowanych. Największą pod względem liczebności, bo aż 45-osobową grupą badanych, były osoby w przedziale wiekowym 31–40 lat, które stanowiły 48,91% ankietowanych. Trzecią grupę pod względem liczebności stanowiły osoby powyżej 40. roku życia.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietowania i narzędzie w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędzie zostało poddane podstawowej standaryzacji (pilotaż oraz ocena sędziów kompetentnych). Wyniki policzono za pomocą statystycznej analizy danych, przy użyciu arkusza kalkulacyjnego EXCEL.

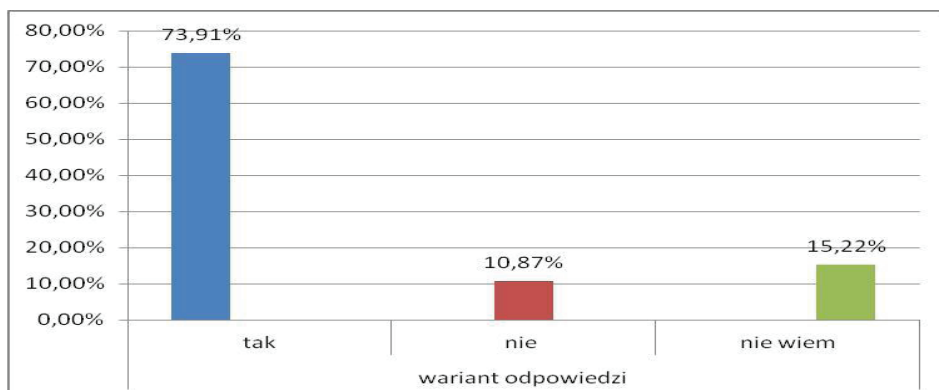
WYNIKI I WNIOSKI

Wyniki badań pokazują, że 84,78% rodziców przy doborze szczepień swoich dzieci kieruje się tym, że chce je chronić przed groźnymi chorobami wieku dziecięcego, 4,35% szczepi swoje dzieci dlatego, że tak postępują inni, ich znajomi lub sąsiedzi, 10,87% rodziców szczepi, bo obawia się kar finansowych (rycina 1).



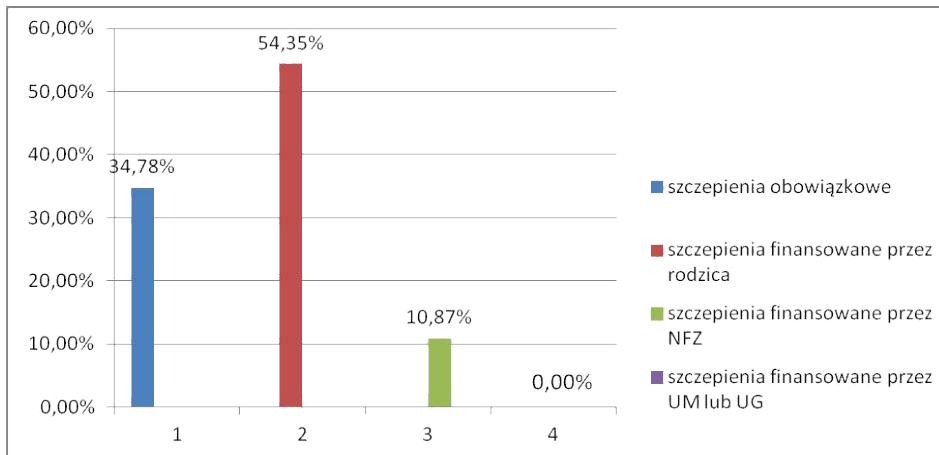
Rycina 1. Powody, dla których rodzice szczepią swoje dzieci. Źródło: badania własne.

Jednocześnie aż 73,91 % rodziców uważa, iż szczepienia mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie dziecka, 10,87% myśli, iż takiego wpływu nie ma, a 15,22% nie ma zdania na ten temat (rycina 2).



Rycina 2. Negatywny wpływ szczepień na zdrowie dziecka zdaniem rodziców. Źródło: opracowanie własne.

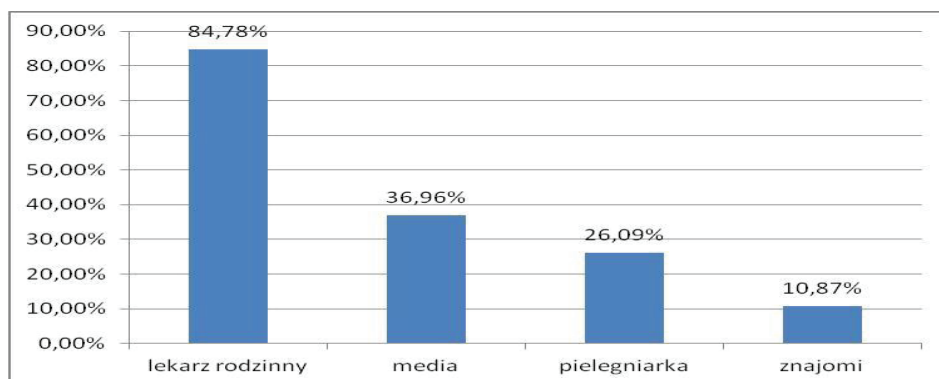
Nie wszyscy rodzice wiedzą, czym są szczepienia zalecane, nie mają świadomości, że nie są to szczepienia obowiązkowe. 34,78% rodziców uważało je za szczepienia obowiązkowe, za które należy płacić. Właściwą wiedzę posiadało 50 ankietowanych, czyli 54,35% ogółu. 10,87% rodziców myślało, że są to szczepienia finansowane przez NFZ, żaden z rodziców nie odpowiedział, że finansuje je gmina lub miasto (rycina 3).



Rycina 3. Rozumienie przez rodziców istoty szczepień zalecanych. Źródło: badania własne.

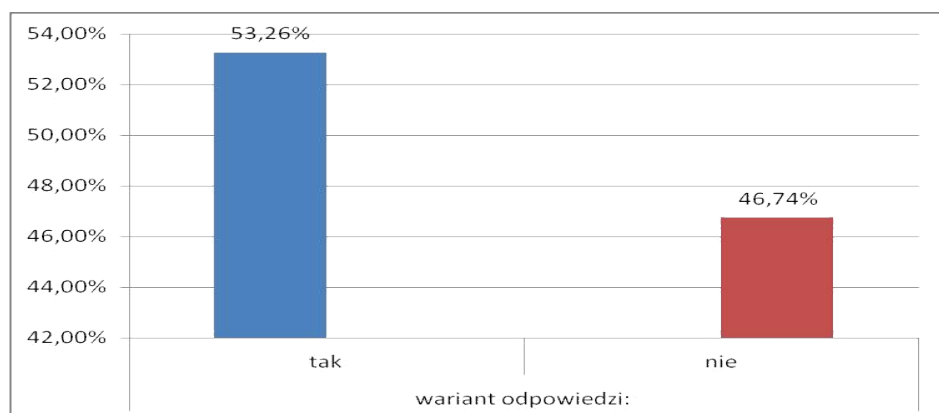
O szczepieniach zalecanych rodzice najczęściej dowiadywali się od swojego lekarza, pomocne były tu także media, pielęgniarki w gabinecie szczepień i znajomi. Z ryciny numer 4 wynika, iż 78 (84,78%) rodziców dowiedziało się o szczepieniach zalecanych od lekarza, 24 (24,09%) od pielęgniarki, 10 (10,87%) od znajomych. Dla 34 (36,96%) rodziców źródłem informacji były media. Część rodziców

podała więcej niż jedno źródło informacji. Mimo wiedzy na temat szczepień zalecanych, nie wszyscy rodzice szczepią swoje dzieci.



Rycina 4. Źródła informacji o szczepieniach. Źródło : Badanie własne.

N a szczepienia zalecane, zaszczepiło swoje dziecko 53,26% ankietowanych. Pozostali, czyli 46,74%, takiej szczepionki nie stosowali (rycina 5).



Rycina 5. Korzystanie ze szczepień zalecanych. Źródło: badania własne.

WNIOSKI

Przeprowadzona analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

- badani rodzice chcieli szczepić swoje dzieci, aby chronić je przed chorobami,
- większość badanych uważała, że szczepienia mogą mieć negatywny wpływ na ich dzieci,
- tylko ok. połowa badanych wiedziała, czym szczepienia zalecane,
- za główne źródło informacji rodzice uznawali lekarza rodzinnego.

PIŚMIENNICTWO

1. Hryniewicz W. Szczepienia ochronne: co i dlaczego monitorować. *Prz. Epidemiol* 2003, 57: 63–67.
2. Ślusarczyk J. Problematyka szczepień w krajach Unii Europejskiej. *Prz. Epidemiol* 2003, 57: 97–101.
3. Charońska E. Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej. W: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. Tom 1.* Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. (red). Wyd. Czelej, Lublin 2008: 89–132.
4. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I. Aspekty prawne obowiązkowych szczepień ochronnych u dzieci. *Pediatr Pol.* 2013, 88: 120–126.
5. Czajka H. Alternatywny program szczepień i szczepionki skojarzone w praktyce pediatrycznej. *Prz Epidemiol* 2004, 58: 112–114.
6. Bernatowska E. Szczepionki wysokoskojarzone – nowy plan strategiczny dla szczepień obowiązkowych w Programie Szczepień Ochronnych. *Stand Med. Pediatr.* 2011, 6(8): 895–908.
7. Czajka H., Sawiec P. Od Program Szczepień Ochronnych do indywidualnych rozwiązań. *Med. Prakt/Szczepienia (wyd. spec)*, 2013, 3: 36–43.
8. Mrozek-Budzyn D. Ewolucja polskiego programu szczepień ochronnych na przestrzeni ostatnich 10 lat. *Prz. Epidemiol* 2012, 66: 107–112.
9. Tarczoń I., Dromadzka E., Czajka H. Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia? *Prz. Lek* 2009, 66: 27–33.
10. Kochman D., Rudzińska T. Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zalecanych u dzieci w wieku 0–2 lat. *Probl. Pielęg.* 2008, 16(1, 2): 163–172.
11. Rogalska J., Augustynowicz E., Gzyl A. i wsp. Źródła informacji oraz wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych w Polsce. *Prz. Epidemiol.* 2010, 1: 83–90.
12. Jak rozmawiać z rodzicami o szczepieniach dzieci. Praktyczny przewodnik dla lekarzy i pielęgniarek. *Med. Prakt./Szczepienia (wyd. spec)* 2013, 3: 3–27.
13. Szewczyk T. Specyficzne cechy edukacji zdrowotnej. W: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe.* Głowacka MD (red). Wyd. Wolumin, Poznań 2000: 81–90.
14. Kuchar E., Szenborn L. Postawy antyszczepionkowe i możliwości polemiki. *Przew. Lek* 2010, 5: 63–66.

Evaluation of parents' knowledge concerning vaccinations recommended in children

Małgorzata Malinowska¹, Anna Włoszczak-Szubzda¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Prophylactic vaccinations are the most effective method and the most important element of the process of prevention of the spread of infectious diseases. In Poland, there is mandatory Prophylactic Vaccinations Programme which is up-dated annually by the Ministry of Health and financed by the State, as well as the recommended vaccinations financed by the services recipients. At the same time, year-by-year the number of parents refusing the vaccination of their children is increasing. It may be presumed that behind these attitudes is primarily the lack of knowledge by the parents.

Objective. The objective of the study was assessment of parents' knowledge concerning vaccinations recommended in children.

Materials and Method. The study covered 92 parents whose children were hospitalized in two paediatric wards in the hospital at Al. Kraśnicka in Lublin. The study was conducted by the method of a diagnostic survey, using a self-constructed questionnaire. The instrument was subjected to the basic standardization (pilot study and competent judges' assessment). The results were calculated by means of statistical data analysis, using the EXEL worksheet.

Results and conclusions. The results of the conducted own study showed that not all parents knew what the recommended vaccinations are. Urban women with university education possessed significantly higher knowledge concerning vaccinations. Parents presented a high level of knowledge regarding pneumococcal and meningococcal diseases, while they had insufficient knowledge concerning diseases transmitted by infected ticks; a high percentage of them had not heard about the recommended prophylaxis. In order to improve the level of parents' knowledge of diseases against which prophylactic vaccinations are proposed to parents, an educational programme for parents should be developed.

► **Keywords:** recommended vaccinations, parents, knowledge, children

Poziom niepokoju a nasilanie objawów alergii u dzieci

Gabriela Rup¹, Leszek Szewczyk¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Alergia to nadwrażliwość naszego organizmu na zetknięcie się z alergenem, obcą substancją, która wywołuje patologiczną reakcję. Częstość występowania alergii zwiększa się na całym świecie. Do chorób alergicznych należą m.in. astma, nieżyty nosa, alergia na leki, pokarmy. Narastająca częstość alergii w szczególności dotyczy dzieci, które w największym stopniu odczuwają jej objawy. Potwierdzenie alergii i diagnoza alergenów mają kluczowe znaczenie w odpowiednim postępowaniu w alergii. Alergia także powoduje lęk, niepokój. Może to być niepokój związany z nasileniem objawów alergii.

Cel. Celem niniejszej pracy była ocena poziomu niepokoju i jego związku z nasileniem objawów alergii u dzieci.

Materiał i metody. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, zaś wykorzystanym narzędziem była ankieta własna, który pozwolił zbadać poziom niepokoju u dzieci. Grupa badana to rodzice dzieci w wieku od 6 roku życia. Badania zostały przeprowadzone w SP ZOZ w Leżajsku na oddziale dziecięcym oraz w poradni alergicznej w Leżajsku w okresie od lipca do listopada 2016 r. W badaniach wzięło udział 50 rodziców dzieci. Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitney'a oraz testem Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono przy użyciu programu SPSS.

Wyniki i wnioski. Przeprowadzone badania wykazały, że 50/50 dzieci chorujących na alergię odczuwa niepokój w większym lub mniejszym stopniu. Najczęstsza sytuacja, która nasila objawy alergii, to ekspozycja na alergen (72%). Częstość nasilenia objawów alergii to najczęściej 1–2 razy w miesiącu (40%) lub kilka razy w roku (44%). Niepokój jest zależny od postaci choroby. Im cięższa postać choroby, tym większy niepokój. Niepokój jest zależny od rodzaju choroby alergicznej. Istotnie wyższy poziom lęku lub niepokoju miały dzieci z alergią na leki/inne substancje chemiczne. Również wysoki poziom niepokoju stwierdzono u dzieci chorujących na astmę alergiczną, choroby alergiczne układu pokarmowego/alergię pokarmową lub atopowe zapalenie skóry. Najniższy poziom niepokoju stwierdzono u dzieci chorujących na alergiczny nieżyt nosa lub alergiczne zapalenie spojówek.

► **Słowa kluczowe:** niepokój, alergie, dzieci

WPROWADZENIE

Występowanie uczuleń na co najmniej jeden alergen wśród dzieci w wieku szkolnym aktualnie sięga 40–50% [1,2]. Z badań epidemiologicznych wynika, że co trzecia osoba zmaga się z różnymi objawami alergii. Zmiany w środowisku naturalnym, kuracje antybiotykowe, sposób odżywiania – wszystko to może powodować uczulenie. Istotną rolę stanowi również dziedziczność, co nie znaczy,

że dziecko alergicznych rodziców na pewno będzie mieć alergię. W tym przypadku jest tylko większe prawdopodobieństwo zachorowania niż u rówieśnika, w rodzinie którego nie wystąpiła alergii. Częstość występowania alergii kontaktowej w populacji szacuje się na 1–10%. Alergia pokarmowa dotyczy 3–5% dzieci oraz 2–4% dorosłych [2,3].

Alergia jest to proces zapalny o charakterze uogólnionym, obejmujący również ośrodkowy układ nerwowy. Osoby z alergią często zgłaszają objawy takie jak: drażliwość, zmiana nastroju, niepokój, stres [3,4].

Niewiele jest publikacji związanych z zaburzeniami zachowania w przebiegu alergii. Istnieją badania na modelu mysim, które próbują wyjaśnić przyczynę niepokoju związanego z uczuleniem. Ekspozycja na alergen doprowadza do zwiększonej aktywności neuronów w jądrach okołokomorowych podwzgórza i centralnym jądrze ciała migdałowatego, które są odpowiedzialne za emocje – nasilenie niepokoju i agresji. Postawiona została hipoteza, że do pobudzenia tych ośrodków dochodzi poprzez stymulację włókien C mediatorami, które są uwalniane z komórki tucznej [4,5,6,7,8].

CEL

Celem pracy jest ocena zależności między poziomem niepokoju a nasilaniem się objawów alergii u dzieci.

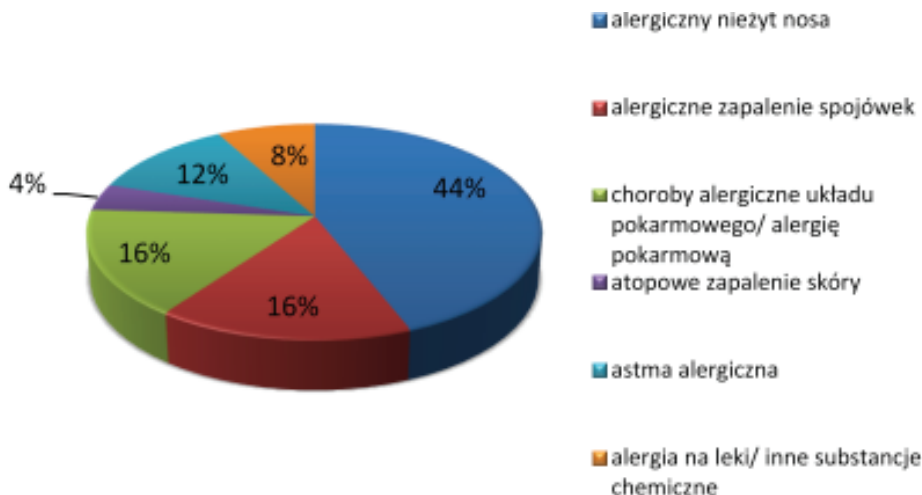
MATERIAŁ I METODA

Grupa badana to pięćdziesięcioro dzieci w wieku od 6 roku życia. Badania zostały przeprowadzone w SP ZOZ w Leżajsku na oddziale dziecięcym oraz w poradni alergicznej w Leżajsku w okresie od lipca do listopada 2016 r. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystano w nich ankietę własną, który pozwolił zbadać poziom niepokoju u dzieci. Ankieta była skierowana do rodziców dzieci, ponieważ mają większą wiedzę na temat choroby dziecka.

Weryfikacji różnic między zmiennymi dokonano testem Manna-Whitney'a oraz testem Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono z użyciem programu SPSS.

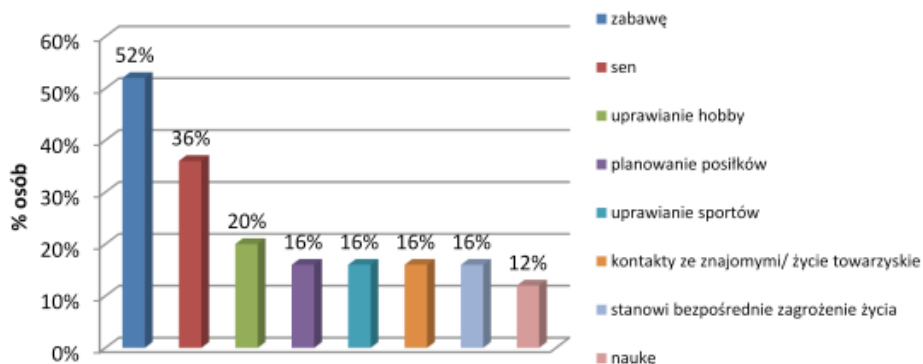
WYNIKI I WNIOSKI

Najczęściej u badanych dzieci występował alergiczny nieżyt nosa ($N=22$, tj. 44%). Grupa 16% dzieci ($N=8$) cierpiała na alergiczne zapalenie spojówek lub choroby alergiczne układu pokarmowego/alergię pokarmową. Astmę alergiczną miało 12% dzieci ($N=6$), a alergię na leki/inne substancje chemiczne miało 8% dzieci ($N=4$). Atopowe zapalenie skóry występowało u 4% dzieci ($N=2$) – ryc. 1.



Rycina 1. Choroba alergiczna dziecka. Źródło: badania własne.

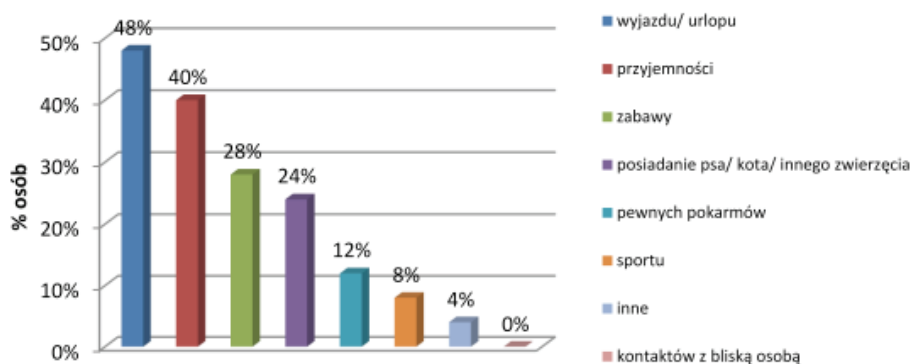
Najczęściej (N=26, tj. 52%) alergia utrudniała dzieciom zabawę. Grupa 36% rodziców (N=18) stwierdziła, że alergia utrudniała dzieciom sen. W mniejszym stopniu alergia utrudniała dzieciom uprawianie hobby (N=10, tj. 20%), planowanie posiłków, uprawianie sportów, kontakty ze znajomymi/życie towarzyskie lub stanowiła bezpośrednie zagrożenie życia (po N=8, tj. 16%). W najmniejszym stopniu (N=6, tj. 12%) alergia utrudniała dzieciom naukę. Wyniki nie sumowały się do 100% – rycina 2.



Rycina 2. Utrudnienia związane z alergią. Źródło: badania własne.

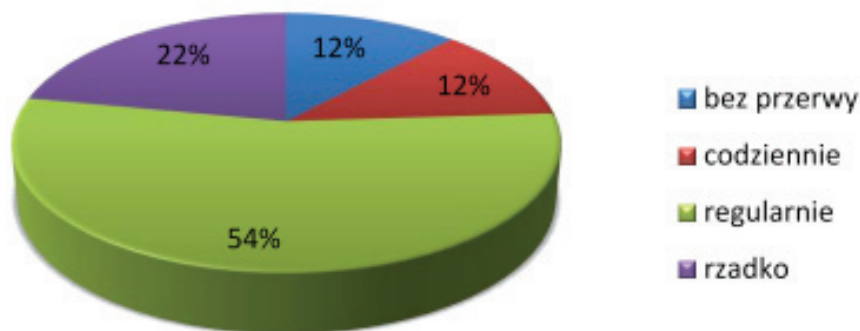
Najczęściej (N=24, tj. 48%) dzieci z powodu alergii musiały zrezygnować z wyjazdu/urlopu. Na drugim miejscu znalazła się rezygnacja z przyjemności (N=20, tj. 40%), a na trzecim rezygnacja z zabawy (N=14, tj. 28%). Z posiadania psa/kota innego zwierzęcia musiało zrezygnować z powodu alergii 24% dzieci (N=12). W mniejszym stopniu dzieci rezygnowały z pewnych pokarmów (N=6,

tj. 12%), sportu (N=4, tj. 8%), innych rzeczy (N=2, tj. 4%). Żadne z dzieci nie musiało z powodu alergii rezygnować z kontaktów z bliską osobą. Wyniki nie sumowały się do 100% – rycina 3.



Rycina 3. Rezygnacja z wybranych aspektów życia z powodu alergii dziecka. Źródło: badania własne.

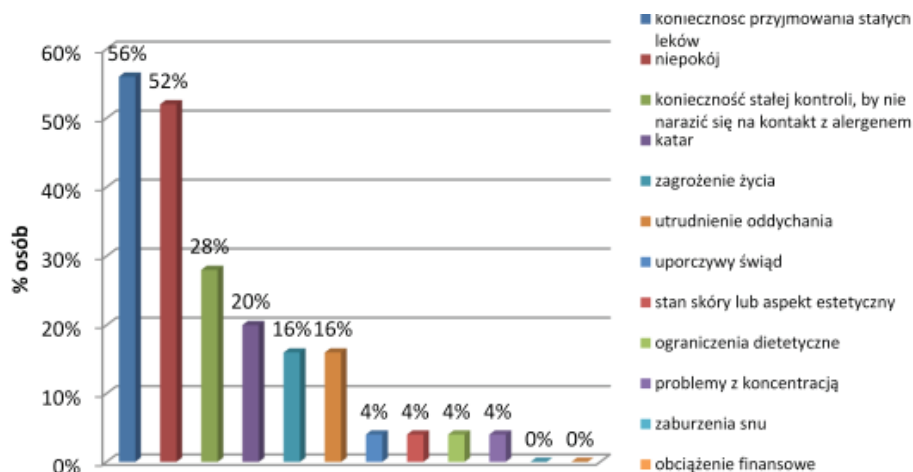
Bez przerwy z powodu alergii dziecka martwiło się 12% rodziców (N=6). Tyle samo osób martwiło się codziennie z tego powodu. Regularnie z powodu alergii dziecka martwiło się 54% badanych (N=27), a rzadko 22% osób (N=11) – rycina 4.



Rycina 4. Częstotliwość martwienia się rodziców z powodu alergii dziecka. Źródło: badania własne.

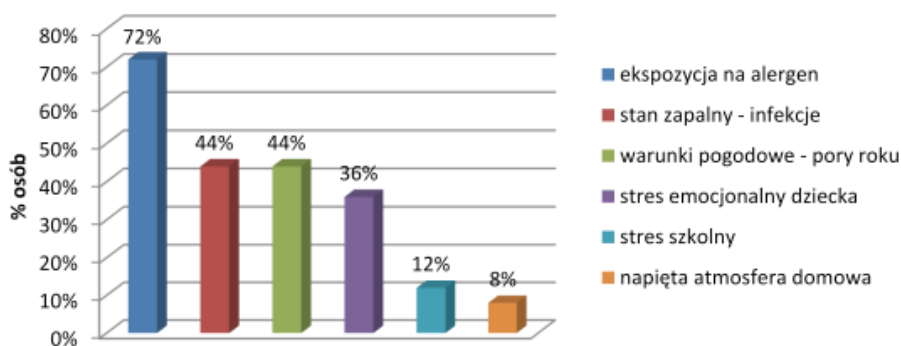
Wśród najbardziej utrudniających życie dziecka aspektów alergii rodzice wymieniali konieczność przyjmowania stałych leków (N=28, tj. 56%) oraz niepokój (N=26, tj. 52%). W mniejszym stopniu wskazywali konieczność stałej kontroli, by nie narazić się na kontakt z alergenem (N=14, tj. 28%), katar (N=10, tj. 20%), zagrożenie życia lub utrudnienie oddychania (po N=8, tj. 16%). Nieliczni rodzice wskazywali wśród aspektów utrudniających życie dziecka uporczywy świąd, stan

skóry lub aspekt estetyczny, ograniczenia dietetyczne bądź problemy z koncentracją (po N=2, tj. 4%). Nikt z rodziców nie wymienił zaburzeń snu lub obciążenia finansowego. Wyniki nie sumowały się do 100% – rycina 5.



Rycina 5. Aspekty alergii najbardziej utrudniające życie dziecku. Źródło: badania własne.

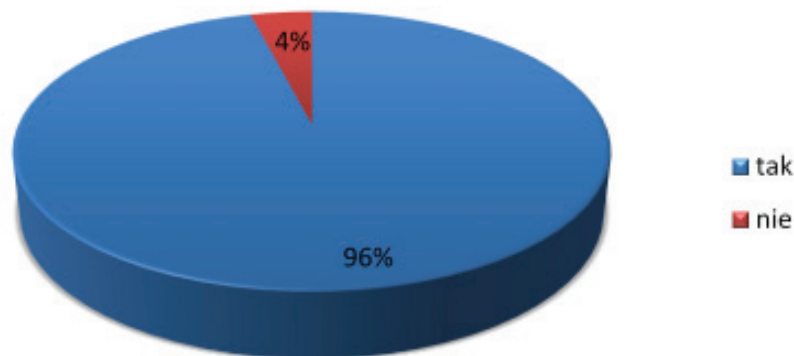
Najczęściej objawy alergii u dziecka nasilały się podczas ekspozycji na alergen (N=36, tj. 72%). Podczas stanów zapalnych (infekcji) lub warunków pogodowych (pory roku) objawy alergii nasilały się u 44% dzieci (N=22). W przypadku 36% dzieci (N=18) nasilenie objawów alergii występowało podczas stresu emocjonalnego dziecka. W niewielkiej liczbie przypadków nasilenie objawów alergii u dzieci występowało wraz ze stresem szkolnym (N=6, tj. 12%) lub przy napiętej atmosferze domowej (N=4, tj. 8%). Wyniki nie sumowały się do 100% – rycina 6.



Rycina 6. Sytuacje, w których nasilają się objawy alergii u dziecka. Źródło: badania własne.

Większość rodziców (N=48, tj. 96%) stwierdziła, że dziecko podczas nasilenia objawów alergicznych odczuwa drażliwość, niepokój, zmianę nastroju. Brak

takich symptomów podczas nasilenia objawów alergii wskazało 4% badanych (N=2) – rycina 7.



Rycina 7. Odczuwanie przez dziecko drażliwości, niepokoju, zmiany nastroju podczas nasilenia objawów alergicznych. Źródło: badania własne.

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Zdaniem ponad połowy rodziców, alergia najczęściej (N=26, tj. 52%) utrudniała dzieciom zabawę.
2. Najczęściej, zdaniem rodziców, dzieci z powodu alergii musiały zrezygnować z wyjazdu/urlopu.
3. Regularnie z powodu alergii dziecka martwiło się ponad połowa badanych rodziców.
4. Wśród najbardziej utrudniających życie dziecka aspektów alergii rodzice wymieniali najczęściej konieczność przyjmowania stałych leków.
5. Zdaniem rodziców, najczęściej objawy alergii u dziecka nasilały się podczas ekspozycji na alergen.
6. Większość rodziców stwierdziła, że dziecko podczas nasilenia objawów alergicznych odczuwa drażliwość, niepokój, zmianę nastroju.

PODSUMOWANIE

Młody alergik zmuszony jest do zmagania się z wieloma dolegliwościami, które spowodowane są samą chorobą, ale również stosunkiem rodziny, rówieśników, jak też rezygnacją z przyjemności oraz leczeniem. Wykazane w niniejszej pracy częste występowanie niepokoju u pacjentów z nasileniem objawów alergii daje podstawy do dalszego rozważania współzależności między tymi dwoma problemami wieku dziecięcego.

PIŚMIENNICTWO

1. Pawankar R., Canonica G. W., Holgate S. T., Lockey R. F. Biała Księga Alergii Światowej Organizacji Alergii 2011–2012. Copyright 2011 World Allergy Organization. https://www2.pta.med.pl/uploads/files/pl/strony/strefa-czlonkowska/biala-ksiega-alergii/biala_ksiega_alergii.pdf [dostęp: 31.03.2017].
2. Wrotek K. Alergia. Wydawnictwo Helion. Gliwice 2007, s. 11–14.
3. Zawadzka-Krajewska A. Objawy alergii ze strony ośrodkowego układu nerwowego a immunoterapia. *Alergia* 2007, 3: 45–4.
4. Zawisza E. Choroby psychosomatyczne. *Alergia* I 2011.
5. Walerowska J. Twój nastrój zależy od alergii (2011) <https://www.medme.pl/artykuly/twoj-nastroj-zalezy-od-alergii,33724.html> [dostęp: 01.2017].
6. Silva-Rodrigues A., Wahl R. Alergologia w praktyce. Alfa Medica Press, Białsko-Biała 2007, s. 25–27.
7. Kosmala E. Analiza syndromu lęku w astmie oskrzelowej. W: Szewczyk L., Kulik A. (red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychosomatyka. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, 39–51.
8. Dworak A. Jakość życia dziecka z alergią: uwarunkowania środowiska rodzinnego. Wydawnictwo Akapit, Toruń 2010, s. 57–60.
9. Budzińska-Kostańska A. Alergia pokarmowa, kontaktowa i powietrznopochodna u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Poznań 2015, s. 45.

Level of anxiety and intensification of allergy symptoms in children

Gabriela Rup¹, Leszek Szewczyk¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. Allergy is a hypersensitiveness of the body to the contact with an allergen, a foreign substance which causes a pathological response. The frequency of occurrence of allergy is increasing worldwide. Among the allergic diseases belong, among others, asthma, rhinitis, allergy to drugs and foods. An increasing incidence of allergy especially concerns children who, to a very great extent, experience its symptoms. Confirmation of allergy and diagnosis of the allergens inducing it are of key importance in the proper management of allergy. Allergy also causes fear and anxiety. This may be anxiety related with the intensification of the symptoms of allergy.

Objective. The objective of the presented study is evaluation of the level of anxiety related with the intensification of the symptoms of allergy in children.

Materials and Method. The study was conducted by the method of a diagnostic survey, and the technique used was an author-constructed questionnaire and the 'What are you' questionnaire which allowed the examination of the level of anxiety in children. The study group included children aged 6–18. The study was conducted in the paediatric ward and the allergy outpatient department of the Independent Public Health Unit in Leżajsk, during the period July–November 2016, and covered 50 children. The differences between variables were verified using the Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test, and calculations performed by means of SPSS software. The p values $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results and Conclusions. The study showed that 50/50 children ill with allergy experienced anxiety, to a lesser or higher degree. The most frequent situation which intensified the symptoms of allergy was exposure to allergen (72%). The frequency of intensification of the symptoms of allergy was most often once-twice a month (40%), or several times a year (44%). Anxiety depended on the form of the disease; the more severe the form of the disease, the higher the anxiety. Anxiety depends on the type of allergic disease. Children allergic to drugs and other chemical substances experienced a significantly higher level of fear and anxiety. Also, a high level of anxiety was observed in children ill with allergic asthma, allergic diseases of the gastrointestinal system/food allergy, or atopic dermatitis. The lowest level of anxiety was noted in children who had allergic rhinitis or conjunctivitis.

► **Keywords:** anxiety, allergy, children

Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego oddziału neurologii i intensywnej opieki medycznej na temat opieki nad pacjentem nieprzytomnym

Monika B. Sikora¹, Beata Biernacka¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Artykuł dotyczy oceny poziomu wiedzy w opiece nad pacjentem nieprzytomnym, który jest całkowicie zależny od osób pielęgnujących go. Rodzaj i charakter pielęgnacji, którą jest objęty pacjent, musi być w 100% kompensacyjny. Stan nieprzytomności spowodowany jest najczęściej uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego lub działaniem środków farmakologicznych. Zawsze jednak, niezależnie od przyczyny, powoduje stan zagrożenia życia i wymaga całościowej oraz profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Cel. Głównym celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy, jaką posiada personel pielęgniarski w zakresie opieki nad pacjentem nieprzytomnym.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone od 15.09.2016 r do 30.10.2016r. Przebadano personel pielęgniarski z oddziału neurologii i intensywnej opieki medycznej. Największy odsetek stanowili ankietowani w wieku pomiędzy 35 a 45 lat (37%), a najmniejszy poniżej 35. roku życia (27%). W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Do zbierania danych wykorzystano kwestionariusz ankiety zawierający 34 pytania, w tym 6 pytań metryczkowych i 18 pytań dotyczących różnych aspektów opieki nad pacjentem nieprzytomnym.

Wyniki i wnioski. Poziom wiedzy ogólnej respondentów okazał się zadowalający. Wysoki poziom wiedzy charakteryzował 67% badanych, średni 33% badanych, natomiast nie było ankietowanych z niskim poziomem wiedzy. Wykazano, że szczegółowy zakres wiedzy personelu pielęgniarskiego różnicują takie zmienne jak: wiek, wykształcenie i oddział pracy badanych.

► **Słowa kluczowe:** pacjent nieprzytomny, personel pielęgniarski, poziom wiedzy

WPROWADZENIE

Nieprzytomność czy też utrata przytomności to stan niosący ze sobą ryzyko zagrożenia życia, wymagający bezwzględnie podjęcia działań ratujących życie, postawienia szybkiej diagnozy i rozpoczęcia szeroko rozumianego leczenia. Wynika z zaburzeń czynności ośrodkowego układu nerwowego, przede wszystkim związanych z wyłączeniem kory mózgu. Może mieć różny stopień nasilenia: od lekkiej utraty przytomności do głębokiej śpiączki. W stanie nieprzytomności dochodzi do zaniku odruchów, mających istotne znaczenie dla życia człowieka, takich jak odruch połykania czy napęd oddechowy (powodujący trudności w oddychaniu). Chory nieprzytomny traci kontakt z otoczeniem, przestaje reagować na bodźce zewnętrzne, a nawet niektóre wewnętrzne. Niezdolny jest

do odbierania wrażeń zmysłowych, myślenia czy samoopieki. Dlatego wymaga całościowej i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej [1].

Do zadań priorytetowych pielęgniarki w opiece nad chorym nieprzytomnym należy ocena stanu zdrowia pacjenta i ustalenie diagnozy pielęgniarskiej. Zadania takie pozwalają szybko reagować w momencie wystąpienia objawów niepożądanych powodujących stan zagrożenia życia. Pacjenci nieprzytomni wymagają szczególnej opieki i troski zarówno o zdrowie fizyczne, jak i psychiczne [2].

Opieka pielęgniarska nad pacjentem nieprzytomnym to kompleksowy, systematyczny i ciągły proces pielęgnowania. Poszczególne elementy są ze sobą powiązane czasowo i logicznie, a priorytetowym zadaniem jest szybkie i trafne rozpoznanie pielęgniarskie, co w konsekwencji przyczynia się do zapobiegania dalszym powikłaniom wynikającym ze stanu nieprzytomności. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem nieprzytomnym realizuje wiele zadań. Należą do nich:

- zadania diagnostyczne,
- zadania terapeutyczne,
- zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne,
- zadania rehabilitacyjne,
- zadania edukacyjne [3;4].

Zadania diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę w celu rozpoznania problemów w aspekcie bio-psycho-społecznym pacjenta mają wpływ na jego szybszy powrót do zdrowia.

Zadania terapeutyczne realizowane przez pielęgniarkę to te zadania, które najczęściej wiążą się z koniecznością przestrzegania zasad wykonywania zleceń lekarskich. Fachowość wykonywania zleceń lekarskich zależy od umiejętności współpracy pielęgniarki z zespołem terapeutycznym, swobody i łatwości komunikacji międzyludzkiej oraz poziomu jej wykształcenia. Pielęgniarka, wykonując te zadania, bierze czynny udział w procesie leczenia, a jednocześnie przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjenta [5].

Kolejną grupą zadań realizowanych przez pielęgniarkę są zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne. Zadania te mają na celu niesienie bezpośredniej pomocy fizycznej i psychicznej, a także asystowanie, pomaganie oraz towarzyszenie pacjentowi w realizowaniu czynności dnia codziennego. Zapobiegają powikłaniom oraz utrzymują prawidłowe funkcjonowanie organizmu chorego w śpiączce [6;7].

Zadania rehabilitacyjne pielęgniarki mają na celu przywróceniu choremu niezależności, umiejętności radzenia sobie z zaistniałą sytuacją zdrowotną spowodowaną urazem czy chorobą, jak również powrót do normalnego życia. Zadania te zależą od wielu czynników takich jak: długość śpiączki, rodzaj urazu czy stan pacjenta [7].

Nieprzytomność jest przyczyną wyłączenia pacjenta z życia społecznego, dlatego i ta płaszczyzna funkcjonowania wymaga opieki pielęgniarskiej. Wielkim oparciem dla chorego jest jego opiekuńcza rodzina, która w zaistniałej sytuacji czuje się

zagubiona i bezradna wobec braku nawiązania kontaktu z chorym. Dużą rolę w tej sytuacji odgrywa pielęgniarka, pomagając rodzinie w rozwiązaniu tego problemu.

W warunkach domowych wielu chorych umiera, nie odzyskując przytomności. Rodziny takich chorych oczekują wsparcia emocjonalnego, zrozumienia, życzliwości i współczucia ze strony personelu medycznego [8].

CEL

Celem pracy było zbadanie poziomu wiedzy, jaką posiada personel pielęgniarski w zakresie opieki nad pacjentem nieprzytomnym.

MATERIAŁ I METODA

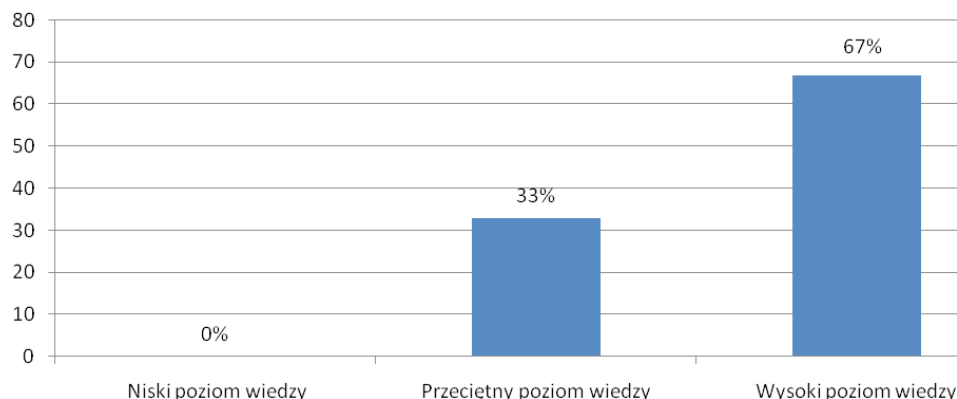
Badania zostały przeprowadzone w trzech oddziałach: oddział neurologii SPSK4, OIOM SPSK4, OIOM Puławy, w dniach od 15 września do 30 października 2016 roku. Łącznie zbadano 100 osób. W badaniu wzięło udział 94% kobiet i 6% mężczyzn. Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe: do 35 lat (27%), od 36 do 45 lat (37%) oraz powyżej 45 lat (36%). Wykształcenie średnie pielęgniarskie miało 20% badanych, licencjackie 35%, zaś najwięcej respondentów miało wykształcenie wyższe (45%). Badani mieli średnio 18 lat stażu w zawodzie. W danym oddziale krócej niż rok pracowało 14% badanych, od 1 do 5 lat – 39% badanych, od 6 do 10 lat – 11% badanych, od 11 do 20 lat – 16%, zaś powyżej 20 lat – 20% badanych. Ponad połowa badanych (69%) pracowała na oddziale intensywnej opieki medycznej, zaś 31% na oddziale neurologii. Zastosowane narzędzie badawcze to ankieta, która liczyła 34 pytania, w tym 6 pytań metryczkowych i 18 pytań dotyczących różnych aspektów opieki nad pacjentem nieprzytomnym.

Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez badanych na pytania ankietowe oceniono ich wiedzę. Prawidłowej odpowiedzi przypisano 1 punkt, zaś nieprawidłowej 0. Średnia liczba punktów, którą uzyskali badani, wynosi 25,63 punktów ($SD=2,47$). Minimalna liczba punktów wyniosła 19, zaś maksymalna 31. Możliwa do uzyskania liczba punktów to 32 (100%). Przykładowo, respondent, który zdobył 10 punktów, osiągnął 31,3% wyniku maksymalnego. Badanych podzielono na trzy grupy określające ich poziom wiedzy. Niski poziom wiedzy charakteryzował badanych, którzy uzyskali od 0 do 50% punktów, przeciętny poziom wiedzy charakteryzował badanych, którzy uzyskali od 51% do 75% punktów, zaś wysoki poziom wiedzy charakteryzował badanych, którzy uzyskali powyżej 75% punktów.

Zebrany materiał badawczy poddano analizie ilościowej. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics.

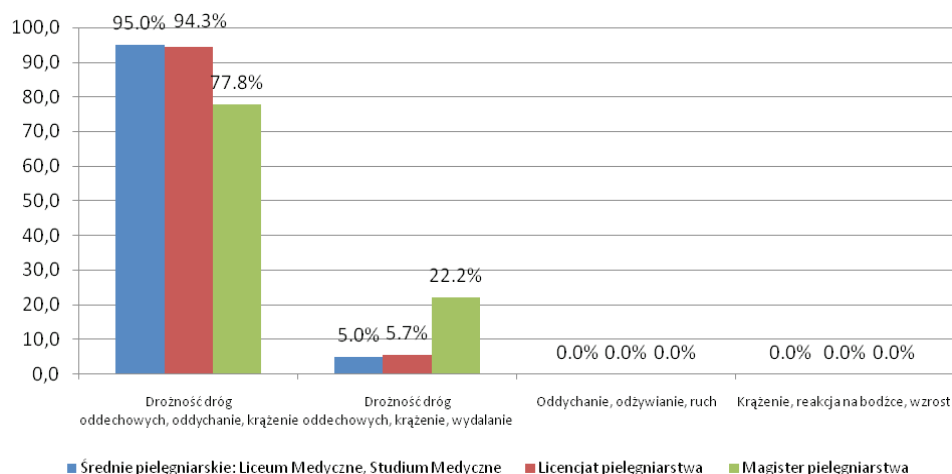
WYNIKI I WNIOSKI

Wśród badanych nie było osób, które charakteryzowały się niskim poziomem wiedzy. Średni poziom wiedzy charakteryzował 33% badanych, zaś wysoki poziom wiedzy 67% badanych (rycina 1).



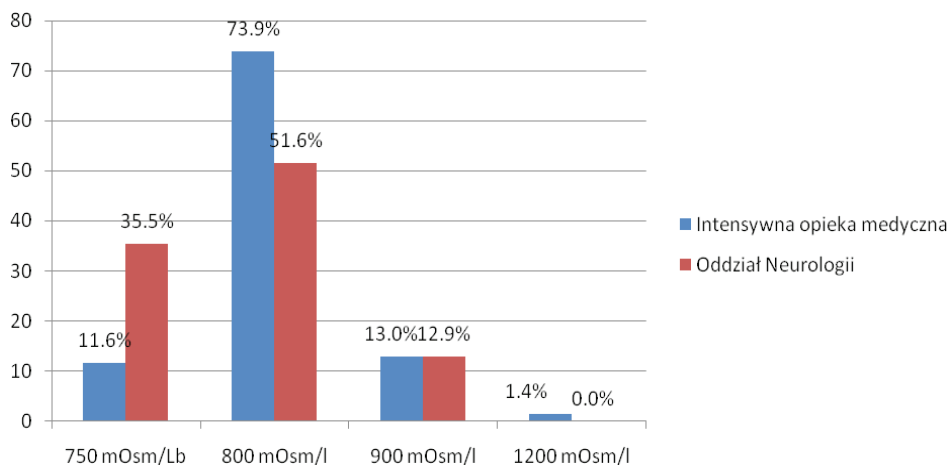
Rycina 1. Poziom wiedzy badanych. Źródło: badania własne.

Statystycznie częściej lepszą wiedzę na temat czynności, na które należy zwrócić szczególną uwagę u chorego w stanie zagrożenia życia, z zaburzeniami przytomności, charakteryzowali się badani z wykształceniem średnim (liceum medyczne, studium medyczne). Wśród badanych z wykształceniem średnim prawidłową odpowiedź wskazało 95% osób, z licencjatem 94,3%, zaś z wykształceniem magisterskim 77,8%. Zależność jest istotna statystycznie ($p < 0,05$) (rycina 2).



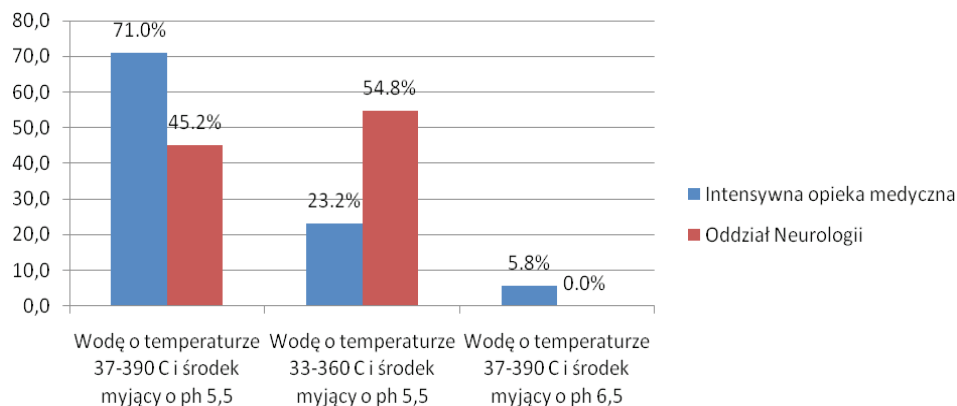
Rycina 2. Wiedza na temat czynności, na które należy zwrócić szczególną uwagę u chorego w stanie zagrożenia życia, z zaburzeniami przytomności a wykształcenie badanych. Źródło: badania własne.

Wykazano, że personel pielęgniarski oddziału intensywnej opieki medycznej posiada większy zasób wiedzy szczegółowej w tym zakresie, aniżeli personel z oddziału neurologii. Wykazano, że pracownicy OIOM statystycznie częściej wskazywali na prawidłową odpowiedź na temat żywienia chorych przez żyłę obwodową (800 mOsm/l), aniżeli badani z oddziału neurologii. Wśród badanych z OIOM prawidłową odpowiedź wskazało 73,9% badanych, zaś na oddziale neurologii 51,6% badanych. Zależność jest istotna statystycznie ($p < 0,05$) (rycina 3).



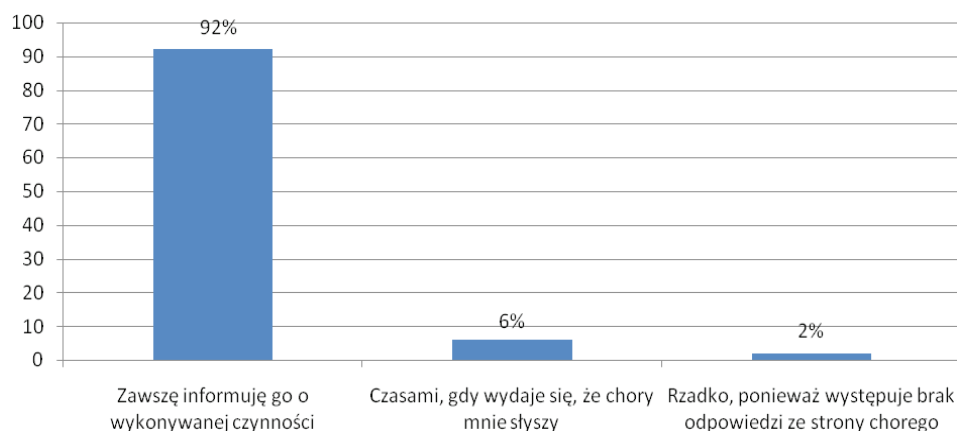
Rycina 3. Wiedza na temat żywienia chorych przez żyłę obwodową a oddział pracy badanych. Źródło: badania własne.

Pracownicy OIOM statystycznie częściej wskazywali na prawidłową odpowiedź na temat zasad toalety ciała chorego nieprzytomnego (stosuje się wodę o temperaturze 37–39°C i środek myjący o pH 5,5), aniżeli badani z oddziału neurologii. Wśród badanych z OIOM prawidłową odpowiedź wskazało 71% badanych, zaś na oddziale neurologii 45,2% badanych. Zależność jest istotna statystycznie ($p < 0,05$) (rycina 4).



Rycina 4. Znajomość zasad toalety ciała chorego nieprzytomnego a oddział pracy badanych. Źródło: badania własne.

Zdecydowana większość badanych (92%) deklarowała, że dbając o stan psychiczny pacjenta nieprzytomnego, mówi do niego podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych (rycina 5).



Rycina 5. Znajomość sposobów dbania o stan psychiczny pacjenta nieprzytomnego.

Na podstawie przeprowadzonej analizy, można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Wiedza personelu pielęgniarstwa w zakresie opieki nad pacjentem nieprzytomnym była zadowalająca.
2. Wiek personelu pielęgniarstwa ma wpływ na poziom wiedzy badanych w zakresie wnikliwej i profesjonalnej pielęgnacji chorych nieprzytomnych. Statystycznie częściej lepszą wiedzę w tym zakresie charakteryzowali się badani w wieku 36–45 lat, z kolei najgorsza wiedza charakteryzowała osoby do 35. roku życia.
3. Wiedza badanych była adekwatna do poziomu ich wykształcenia na temat znaczenia ciągłego i systematycznego pomiaru podstawowych parametrów

zyciowych i stałej ich dokumentacji oraz wiedzy o czynnościach, na które należy zwrócić szczególną uwagę u chorego w stanie zagrożenia życia, z zaburzeniami przytomności.

4. Wiedza personelu pielęgniarskiego z intensywnej opieki medycznej na temat żywienia chorych przez żyłę obwodową oraz toalety ciała osób nieprzytomnych różniła się od wiedzy personelu pielęgniarskiego z oddziału neurologii.
5. Zdecydowa na większość badanych rozumiała znaczenie dbania o stan psychiczny chorego nieprzytomnego.

PODSUMOWANIE

Wiedza z zakresu opieki nad pacjentem nieprzytomnym, a więc w stanie zagrożenia życia, umożliwia personelowi pielęgniarskiemu podjęcie profesjonalnych i skutecznych działań w stosunku do pacjenta, a jednocześnie pozwala na szybkie i prawidłowe reagowanie w sytuacjach kryzysowych, np. w sytuacji załamania parametrów krążeniowo-oddechowych pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

1. Wołowicka L., Dyk D. Anestezjologia i intensywna opieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 516–517.
2. Ciechanowicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 188–189.
3. Wołowicka L., Dyk D. (red) Anestezjologia i intensywna opieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s. 329–334.
4. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy Pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 271–275.
5. Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowska E. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 84–91; 274–290.
6. Kwolek A., i wsp. Postępowanie rehabilitacyjne u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych. Postępy Rehabilitacji 2004, tom XVIII, s. 58–59.
7. Kózka M. Stany zagrożenia życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001, s. 166–169.
8. Zahradniczek K. Pielęgniarstwo. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 607.

Evaluation of knowledge concerning the care of an unconscious patient among nursing staff in the Neurology Ward and Intensive Care Unit

Monika B. Sikora¹, Beata Biernacka¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. The study concerns the evaluation of the level of knowledge in the care of an unconscious patient who is totally dependent on those providing the care. The type and character of nursing provided for a patient must be 100% compensatory. The state of unconsciousness is most frequently caused by damage to the central nervous system, or the effect of pharmacological agents. However, irrespective of the cause, this is a life-threatening state which requires an overall and professional nursing care.

Objective. The main goal of the study was examination of the level of knowledge possessed by the nursing staff in the area of care of an unconscious patient.

Materials and Method. The study was conducted during the period 15 September – 30 October 2016, among the nursing staff in the Neurology Ward and Intensive Care Unit. The highest percentage of the respondents were aged 35–45 (37%), while the lowest – those aged under 35 (27%). The method of a diagnostic survey was used, and the data collected by the questionnaire technique. The research instrument applied was a questionnaire containing 34 items, including 6 items concerning the respondents' particulars and 18 questions pertaining to various aspects of unconscious patient care.

Results and conclusions. The overall level of respondents' knowledge was satisfactory; 67% of them were characterized by a high level of knowledge, 33% – mediocre, while there were no respondents who showed a low level of knowledge. It was confirmed that the detailed scope of the knowledge of the nursing staff differed according to age, education, and the ward where they were employed.

► **Keywords:** unconscious patient, nursing staff, level of knowledge

Edukacja seksualna młodzieży w wieku 15–23 lat

Janina Szpiech¹, Wiesław Kowalski¹

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

► Streszczenie:

Wprowadzenie. Sfera seksualna nie jest jedynym instrumentem zaspokajania potrzeb seksualnych, jest ona zanurzona w całości życia psychicznego, a więc w procesach orientacyjnych i poznawczych, emocjonalnych, uczuciowych, odniesieniach społecznych i moralnych. Aktywność seksualna człowieka, mimo że należy do sfery intymnej, podporządkowana jest więc ogólniejszym systemom norm, zasad i kanonów życia społecznego. Edukacja seksualna winna iść w parze ze sztuką wychowania młodego człowieka. O ile jednak dość łatwo na poziomie ogólnym można określić cel działań wychowawczych (dojrzały seksualnie dorosły), o tyle źródłem sporów są metody działania, a także treść i granice norm.

Cel. Celem dociekań było poznanie poziomu edukacji seksualnej badanej młodzieży w wieku od 15 do 23 lat.

Materiał i metody. W badaniach uczestniczyła młodzież trzech grup, zróżnicowanych wiekiem i poziomem nauczania. Grupę respondentów stanowili uczniowie szkół zawodowych, młodzież licealna i akademicka. Każda grupa była reprezentowana przez 60 osób, w tym 30 dziewcząt i tyle samo chłopców. Łącznie populacja badanych wyniosła 180 osób. Poziom edukacji seksualnej badano w pięciu aspektach: inicjacji seksualnej, podstawowej wiedzy dotyczącej seksualności człowieka, źródeł edukacji seksualnej, wizji własnej rodziny oraz oceny promowanych działań antykoncepcyjnych.

Wyniki i wnioski. Wykazano, że inicjacja seksualna jest dziś wczesnym doświadczeniem młodzieży. Badana młodzież wykazała istotne braki w zakresie edukacji seksualnej. Młodzież w dziedzinie seksualnej jest dziś edukowana głównie kanałem internetowym. Młodzi ludzie zasadniczo nie planują odkładania w czasie wejścia w związek małżeński, ale planują małą liczbę potomstwa. Badana młodzież bezkrytycznie ocenia promowane dziś trendy antykoncepcyjne.

► **Słowa kluczowe:** edukacja, seksualność, młodzież

WPROWADZENIE

Młodym ludziom przyszło żyć we współczesnym niełatwym świecie, w którym panuje pogoń za pieniądzem i sukcesem. Na dalszy plan schodzi rodzina, bliscy czy znajomi. Rodzice coraz mniej czasu poświęcają dziecku, a coraz więcej spędzają w pracy. Wychowanie dziecka zrzucają na barki szkoły, czyli na nauczycieli i wychowawców [1]. Młody człowiek jest dzisiaj najczęściej nieprzygotowany do tego, aby właściwie ustosunkować się do nowej energii, która się w nim budzi w okresie dojrzewania. Wystarczający poziom edukacji seksualnej jest dziś bardziej życzeniem i ideałem niż istniejącą rzeczywistością. Przy niedostatku szkolnej edukacji seksualnej młodzież jest narażona na przesycenie treściami

pornograficznymi, przemocą i przedmiotowym traktowaniem partnera przekaz internetowy [2].

Młodzi ludzie są bardzo podatni na wpływy środowiska, a więc także na przekazy medialne. Niespotykana wcześniej ilość informacji przekazywanych za ich pomocą utrudnia niedoświadczonemu odbiorcy świadomy wybór treści. W informacyjnym szumie trudno wykryć mylne wiadomości, indoktrynację, propagandę. Może to powodować poczucie relatywizmu i braku jednoznacznych kryteriów oceny nawet oczywistych zjawisk [3].

Więzy przyjaźni łączące młodych obu płci przyczyniają się do wzajemnego zrozumienia i poszanowania, jeśli utrzymują się w granicach normalnej ekspresji emocjonalnej. Inaczej jest, gdy stają się lub dążą do tego, by się stać przejawami typu „genitalnego”, tracą wówczas autentyczne znaczenie dojrzałej przyjaźni, stawiają pod znakiem zapytania osiągniętą zdolność wzajemnego odniesienia i przyszlą perspektywę ewentualnego małżeństwa [4].

Oddziaływania profilaktyczne w zakresie zarówno przedwczesnej inicjacji, jak i ryzykownych zachowań seksualnych mają znaczenie na wszystkich ich poziomach. Propagowanie i kreowanie bardziej świadomych postaw wobec zachowań seksualnych powinno przyjąć charakter czynności kompleksowych, ujętych w perspektywę systemową, i odwoływać się do wszystkich środowisk socjalizujących. Środowisko rodzinne, jak i szkolne powinno być wyposażone w atrakcyjne, adekwatne sposoby edukowania, wspierania rozwoju i promowania zdrowia seksualnego, aby nie wystawić młodzieży na oddziaływania wyłącznie przekazów medialnych oraz grup rówieśniczych, które nie dostarczają zdrowych wzorców relacji międzyludzkich w sferze seksualności [5].

Współczesne podejście do seksualności w szkołach, w rodzinach, a także w społeczeństwie nie ułatwia odpowiedzialnego spojrzenia na życie seksualne. Rewolucja seksualna wywarła wielki wpływ na podejście do płciowości i seksualności młodych ludzi [6;7].

Obecnie można wyróżnić cztery odmiany, więc i cele, edukacji seksualnej.

- Wychowanie populacyjne, skupione wokół problemu prokreacji. Jego celem jest kształtowanie postaw skoncentrowanych na odpowiedzialności moralnej za przyrost naturalny.
- Wychowanie seksualne, pojmowane autonomicznie, w oderwaniu od małżeństwa i rodziny. Głównym jego celem jest nauczanie bezpiecznych i sprawdzonych form uzyskiwania satysfakcji erotycznej.
- Wychowanie do więzi międzyludzkiej i międzyosobniczego komunikowania się, którego celem jest połączenie uświadamienia seksualnego z kształtowaniem humanistycznych postaw wobec osobników płci przeciwnej. Najsilniejszy akcent pada na równe traktowanie kobiet i mężczyzn w sferze seksualnej.
- Przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie, którego celem jest połączenie wychowania seksualnego z przygotowaniem do pełnienia ról małżeńskich i rodzicielskich, gdyż rodzicielstwo jest wartością i celem każdego człowieka [8].

CEL

Celem przeprowadzonych badań było poznanie poziomu edukacji seksualnej młodzieży w wieku od 15 do 23 lat.

MATERIAŁ I METODA

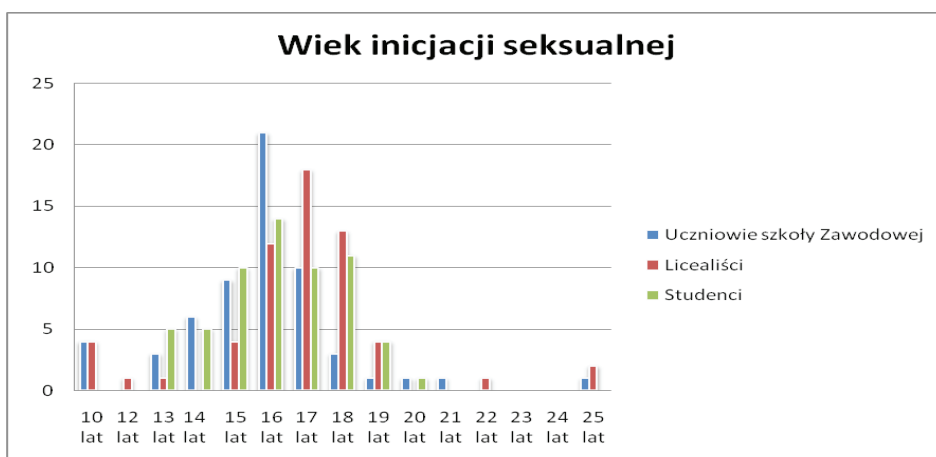
Badania prezentowane w niniejszej pracy uwzględniają populację 180 młodych ludzi z trzech środowisk edukacyjnych: studentów, licealistów, uczniów zasadniczych szkół zawodowych. W każdym środowisku kształcenia przebadano 60 osób (30 dziewcząt i 30 chłopców).

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką badawczą było ankietowanie, a narzędziem autorski kwestionariusz złożony z 30 pytań. Ankietę wśród uczniów szkół zawodowych i licealistów przeprowadzono w obecności nauczyciela, natomiast w grupie studentów bez takiego nadzoru.

W celu wykazania istotnych różnic pomiędzy wyodrębnionymi grupami badanych osób a rodzajem odpowiedzi zastosowano test chi-kwadrat Pearsona, przyjmując za poziom istotności $p < 0,05$.

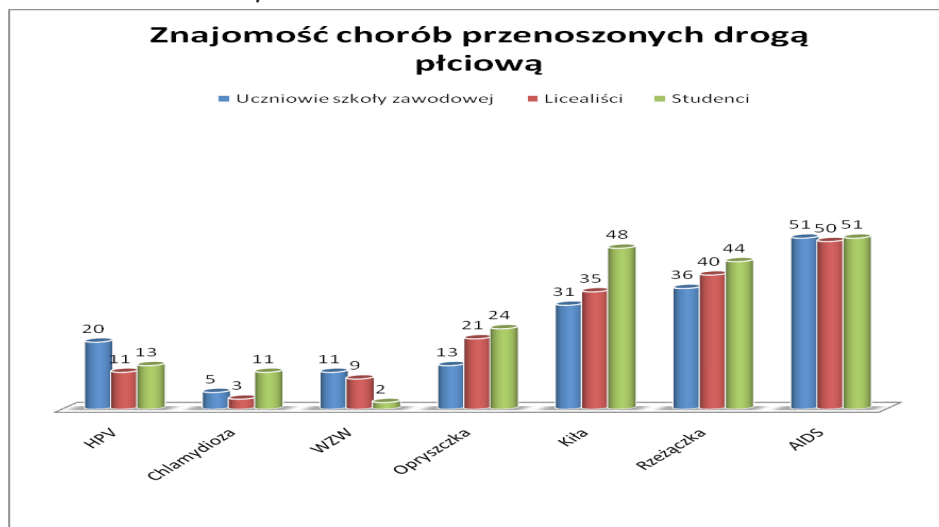
WYNIKI I WNIOSKI

Wiek 16 lat, jako wiek inicjacji seksualnej, podawali najczęściej uczniowie szkoły zawodowej – 21 osób, podobny wiek podawali studenci, choć było to 14 osób. Licealiści najczęściej wskazywali wiek 17 lat – 18 osób (rycina 1). Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż różnice co do wieku inicjacji seksualnej u badanej młodzieży są statystycznie istotne ($\chi^2 = 28,566$, $df = 24$; $p < 0,001$).



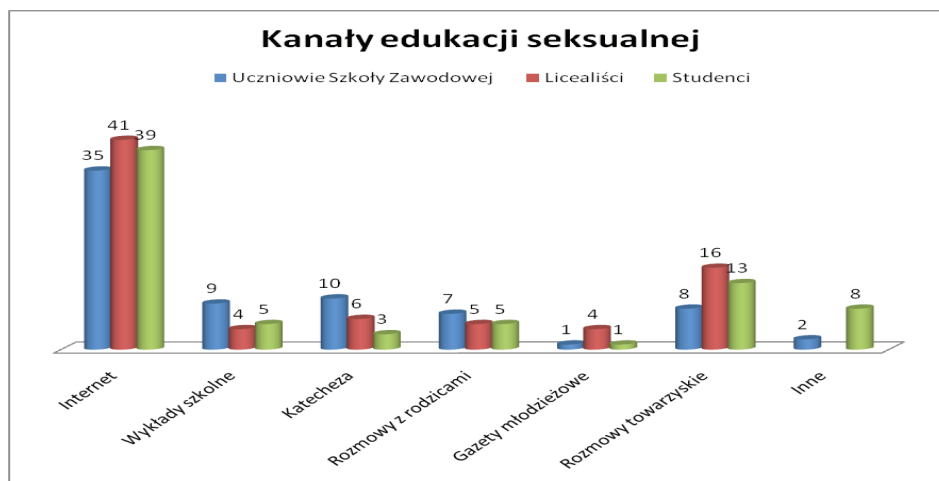
Rycina 1. Wiek inicjacji seksualnej wskazany przez badanych. Źródło własne.

Wśród chorób przenoszonych drogą płciową wszystkie trzy grupy najczęściej wymieniały AIDS. Młodzież szkoły zawodowej – 51 osób, licealiści – 50 osób, studenci – 51 osób (rycina 2).



Rycina 2. Znajomość chorób przenoszonych drogą płciową. Źródło własne.

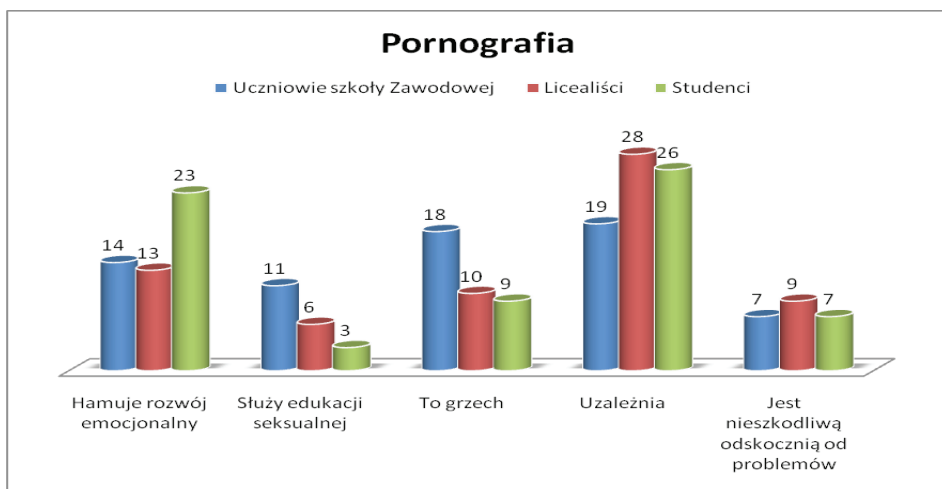
Na pytanie o źródła wiedzy o seksualności, młodzież ze środowiska szkoły zawodowej najczęściej podawała Internet – 35 osób, podobnie jak licealiści – 41 osób i studenci – 39 osób (rycina 3).



Rycina 3. Źródła wiedzy o seksualności wśród badanych. Źródło własne.

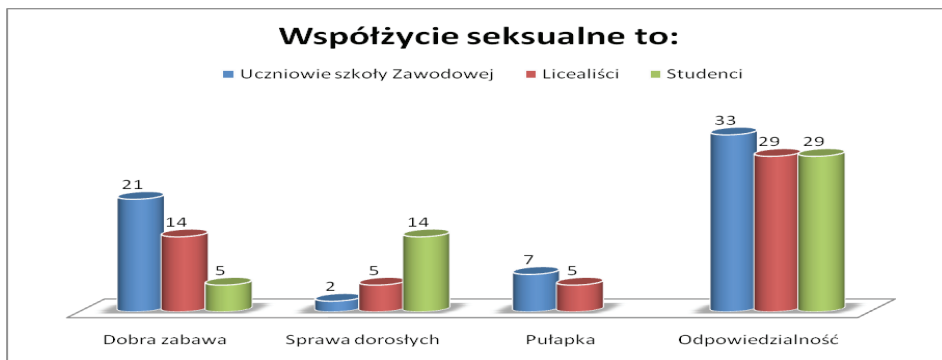
Uczniowie szkoły zawodowej, podobnie jak licealiści i studenci, najczęściej oceniali pornografię jako uzależniającą. Spośród uczniów szkoły zawodowej

wskazało tak 19 osób, wśród licealistów było takich osób 28, w grupie studenckiej – 26 (rycina 4).



Rycina 4. Podejście do pornografii przez badaną młodzież. Źródło własne.

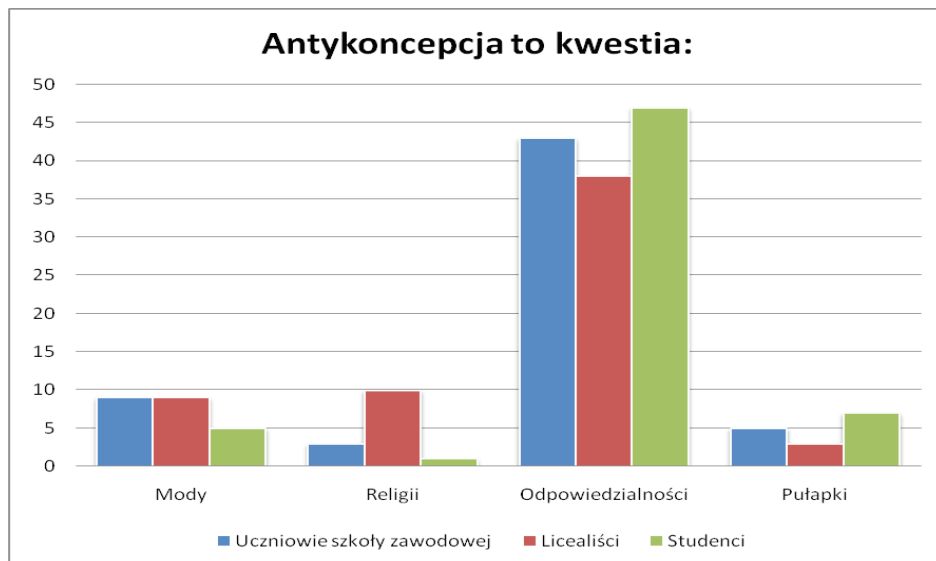
W środowisku szkoły zawodowej współzycie seksualne łączono najczęściej z odpowiedzialnością – 33 osoby, podobnie jak w środowisku licealistów i studentów – po 29 osób (rycina 5).



Rycina 5. Postrzeganie współzycia seksualnego przez badaną młodzież. Źródło własne.

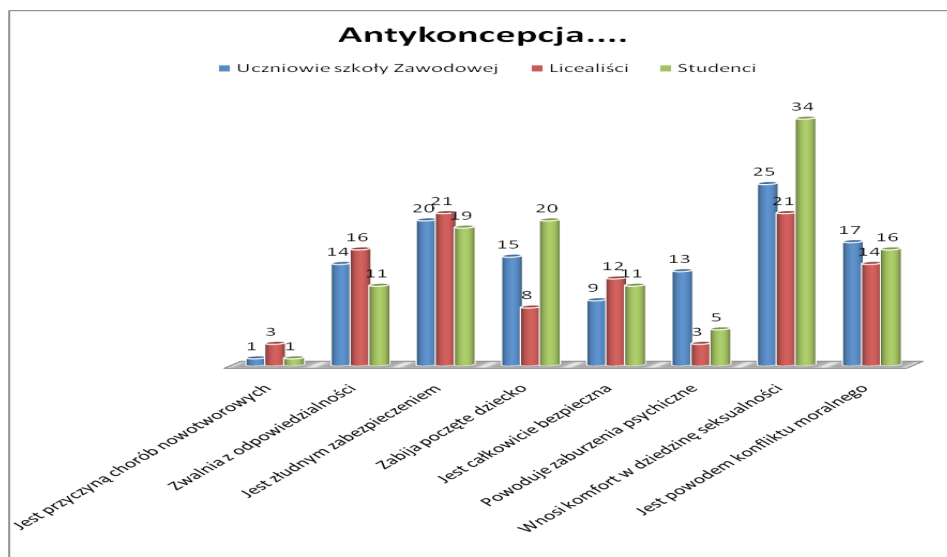
Dla młodzieży ze szkoły zawodowej antykoncepcja to najczęściej kwestia odpowiedzialności – tak odpowiadały 43 osoby. Wśród licealistów odpowiedź tę wskazało 38 osób, a w grupie studentów 47 osób (rycina 6).

Analiza testem chi-kwadrat pokazała, iż nie ma statystycznie istotnych różnic między badanymi grupami co do spojrzenia badanych na antykoncepcję ($\chi^2=13,514$, $df=6$; $p\geq 0,05$).



Rycina 6. Spojrzenie na antykoncepcję przez badaną młodzież. Źródło własne.

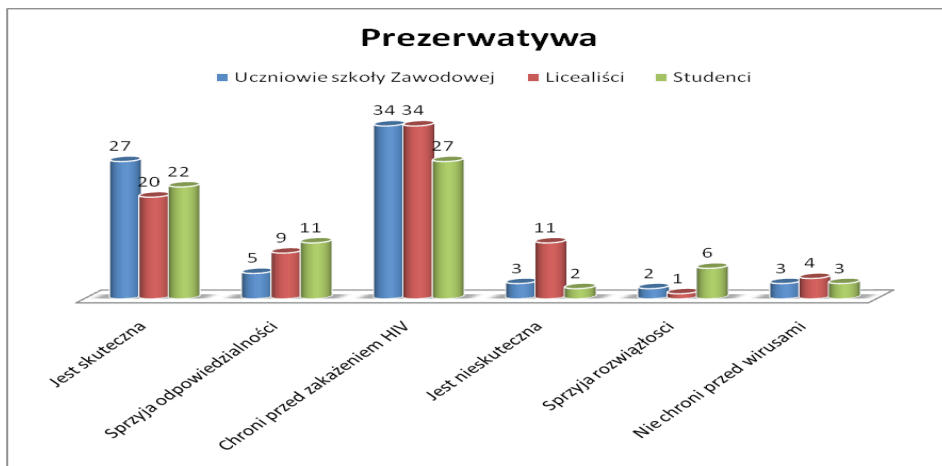
Wybierając zdania prawdziwe o antykoncepcji badani ze wszystkich grup najczęściej odnosili się do zdania *Antykoncepcja wnosi komfort w dziedzinę seksualności*; w szkole zawodowej było to – 25 osób, wśród młodzieży licealnej – 21 osób, w grupie studentów – 34 osoby, (rycina 7).



Rycina 7. Wybór zdań prawdziwych dotyczących antykoncepcji. Źródło własne.

Uczniowie szkoły zawodowej podkreślali najczęściej, że prezerwatywa chroni przed zakażeniem HIV – 34 osoby, jak również jej skuteczność – 27 osób. Podob-

nie sądzili licealiści: na ochronę przed zakażeniem HIV wskazały 34 osoby, na skuteczność – 20 osób. Wśród studentów 27 osób podało ochronę przed HIV, a 22 osoby skuteczność (rycina 8).



Rycina 8. Ocena prezerwatywy przez badanych. Źródło własne.

WNIOSKI

1. Wczesną inicjację seksualną deklarowali najczęściej uczniowie szkoły zawodowej oraz studenci.
2. Wśród chorób przenoszonych drogą płciową wszystkie trzy grupy porównywalnie często wymieniali AIDS.
3. Na pytanie o źródła wiedzy o seksualności, wszystkie grupy podawały Internet, najczęściej jednak tę odpowiedź wybierali licealiści.
4. Wszystkie grupy oceniały pornografię jako uzależniającą, najczęściej jednak tę odpowiedź wybierali licealiści.
5. Wszystkie grupy współzycie seksualne łączyły z odpowiedzialnością, jednak grupa uczniów szkoły zawodowej wybierała tę odpowiedź najczęściej.
6. Wszystkie grupy najczęściej łączyły antykoncepcję odpowiedzialnością, jednak grupa studentów wybierała tę odpowiedź najczęściej.
7. Wybierając zdania prawdziwe o antykoncepcji „Antykoncepcja wnosi komfort w dziedzinę seksualności” – tak najczęściej odpowiadali studenci.
8. „Prezerwatywa chroni przed zakażeniem HIV” – tak najczęściej odpowiadali uczniowie szkoły zawodowej i licealiści

PODSUMOWANIE

Analiza uzyskanych wyników badań skłania do sformułowania następujących postulatów:

- wprowadzić, zwłaszcza w szkołach, edukację medialną, by ustrzec się przed medialną manipulacją,
- zweryfikować szkolne programy nauczania, dotyczące edukacji seksualnej, by podnieść poziom nauczania w tej dziedzinie,
- zintensyfikować działania edukacyjne i wychowawcze, by odroczyć w czasie inicjację seksualną,
- obiektywizować wiedzę o antykoncepcji.

Przeprowadzone badania wpisują się w dyskusję nad szeroko pojętą edukacją seksualną. Istnieje jednak potrzeba dalszych analiz i dociekań w tym zakresie, co pozwoli lepiej poznać badane zjawisko, a tym samym skutecznie przyczynić się do tworzenia nowych programów edukacyjnych, w konsekwencji zaś wspólnie budować cywilizację miłości, chronić młodego człowieka przed zagrożeniem płynącym z podejmowania zbyt pochopnych decyzji, służycy zdrowiu społecznemu.

PIŚMIENNICTWO

1. Siwek A. Dylematy współczesnego wychowania młodego człowieka. *Pedagogika* 2009/18, s. 51.
2. Gordat K. Prawna ochrona dzieci przed cyberprzemocą. W: *Język. Prawo. Społeczeństwo*. S. Wrzosek, K. Romanowska, P. Śwital. (red.). Stowarzyszenie studentów Bez Granic. Radom 2012, s. 25–26.
3. Kędzior J. Młodzież jako specyficzna kategoria społeczna. W: *Współczesna młodzież pomiędzy eros a thanatos*. J. Kurzępa, A. Lisowska, A. Pierzchalska (red.). Agencja Wydawnicza Agri. Wrocław 2008, s. 14.
4. Kongregacja ds. Wychowania Katolickiego. Wytyczne wychowawcze w odniesieniu do ludzkiej miłości, nr 93. www.nonpossumus.pl [dostęp 28.09.2016].
5. Jankowiak B., Gulczyńska A. Wczesna inicjacja seksualna młodzieży – przyczyny i konsekwencje. *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja* 2014/1(5), s. 184.
6. Kuby G. Globalna rewolucja seksualna. Likwidacja wolności w imię wolności. Wydawnictwo Homo Dei. Kraków 2013, s. 12.
7. Trojanowska P. Seksualizacja dzieci i młodzieży – przyczyny, przejawy, konsekwencje i propozycje przeciwdziałania. *Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka* 2014/13(2), s. 59.
8. Chomczyńska-Miliszkievicz M. Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne. Wydawnictwo UMCS. Lublin 2002, s. 18.

Sex education among adolescents aged 15–23

Janina Szpiech¹, Wiesław Kowalski¹

¹ University of Economy and Innovation in Lublin, Faculty of Health Sciences

► Summary:

Introduction. The sexual sphere is not only the instrument for satisfying sexual needs, but it is submerged in the totality of psychological life; therefore, in orientation and cognitive, emotional, affectional processes, as well as social and moral references. Despite the fact that human sexual functioning belongs to the intimate sphere, it is subordinated to the more general system of norms, principles and canons of social life. Sex education should be accompanied by the art of upbringing of a young man. Although it is relatively easy to determine the goal of educational actions on a general level (a sexually mature adult), the source of disputes are the methods of acting, as well as the contents and the boundaries of norms.

Objective. The research goal of the presented study is the recognition of the level of sex education among the examined adolescents aged 15–23.

Material and Method. In the study participated adolescents from 3 groups which differed according to age and level of education. The group of respondents included adolescents attending primary vocational schools, secondary general schools, and university students. Each group was represented by 60 persons – 30 girls and the same number of boys. The total population in the study comprised 180 adolescents. The level of sex education was investigated from 5 aspects: sexual initiation, basic knowledge concerning human sexuality, sources of sexual knowledge, image of own family, and evaluation of the promoted contraceptive actions.

Results and Conclusions. It was confirmed that in contemporary times, sexual initiation is an early experience of adolescents. The examined adolescents showed important deficiencies in the area of sex education. Today, adolescents are educated in the domain of sex mainly via the Internet. Young people basically did not plan a delay in time in entering into a marital relationship; however, they planned a small number of offspring. The examined adolescents uncritically evaluated the contraception trends promoted today.

► **Keywords:** education, sexuality, adolescents



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

INNOVATION PRESS

e-ISSN: 2451-2826