

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY

AZiCH

Tom 2
Nr 3
Rok 2017

Aspekty Zdrowia i Choroby

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji

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

e-ISSN: 2451-2826

AZiCH

Aspekty Zdrowia i Choroby

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

Recenzenci:
dr n. med. Robert Patryn (Uniwersytet Medyczny w Lublinie)
dr n. med. Zbigniew Orzeł (Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie)

Aspekty Zdrowia i Choroby

Tom 2 ◄► Nr 3 ◄► Rok 2017

Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

AZiCH
Aspekty Zdrowia i Choroby
Tom 2 ◄► Nr 3 ◄► 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

Wybrane narzędzia oceny jakości życia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C – Lidia Sierpińska 9

Sprawozdanie z możliwości przeprowadzenia akcji profilaktycznej w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej oraz ocena zapotrzebowania na nią – Dorota Rolińska, Anna Krajewska, Mirosław J. Jarosz 19

Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna Magdalena Koperwas, Magdalena Głowacka 31

Prace badawcze

Wpływ czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej – Patrycja Kudyk, Lech Panasiuk 53

Deficyt samoopieki u chorych we wczesnym stanie po złamaniu szyjki kości udowej – Marzena Furmanek, Eliasz Dacka. 65

Poziom wiedzy rodziców na temat wybranych chorób pasożytniczych u dzieci w wieku przedszkolnym – Agata Nieśpiał, Lech Panasiuk. 77

Prace poglądowe

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 9–18

Wybrane narzędzia oceny jakości życia chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C

Lidia Sierpińska[1]

[1] Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW typu C) jest istotnym problemem medycznym i społecznym w Polsce i na świecie. Jednym z głównych zadań zespołu terapeutycznego w opiece nad tą grupą przewlekle chorych jest podniesienie subiektywnego poczucia jakości ich życia w aspekcie obiektywnym, jak i subiektywnym. Ten cel można osiągnąć tylko za pomocą trafnie dobranych metod i narzędzi badawczych do oceny jakości życia.
Cel. Przedstawienie narzędzi do badania jakości życia osób z rozpoznanym wirusowym zapaleniem wątroby typu C.
Materiał i metoda. Przeanalizowano ogólne i specyficzne narzędzia oceny jakości życia na podstawie piśmiennictwa polskiego i światowego.
Wyniki. Badania jakości życia u chorych na WZW typu C umożliwiają rozpoznawanie problemów w sferze biopsychospołecznej, występujących w codziennym ich funkcjonowaniu. Do najczęściej wykorzystywanych przez badaczy narzędzi badawczych należą kwestionariusze: SF-36, HUI (*Health Utility Index*), NHP (*Nottingham Health Profile*), EQ-5D (*Quality of Life Questionnaire*). Do narzędzi specyficznych, służących ocenie jakości życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby z powodu WZW typu C, zalicza się kwestionariusz CLDQ–HCV (*Chronic Liver Disease Questionnaire – Hepatitis C)* oraz kwestionariusz HQLQv2 *(Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version 2)*. Otrzymane wyniki, przy pomocy zaprezentowanych narzędzi badawczych, umożliwiają podniesienie jakości życia osób przewlekle chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C, poprzez reorganizację opieki medycznej, psychologicznej, socjalnej i rehabilitacyjnej, która najczęściej trwa do końca życia pacjentów.
Wnioski. Zaprezentowane narzędzia do oceny jakości życia osób z rozpoznanym wirusowym zalaniem wątroby typu C umożliwią badaczom poznanie specyficznych aspektów funkcjonowania tych chorych w sferze biopychospołecznej.

►**Słowa kluczowe:** jakość życia, WZW typu C.

Wprowadzenie

Jakość życia jest zagadnieniem interdyscyplinarnym i dlatego stanowi przedmiot badania przedstawicieli kilku gałęzi nauki, w tym medycyny. W ocenie jakości życia istotnym zagadnieniem jest poziom stanu zdrowia, zarówno w aspekcie obiektywnym, jak i subiektywnym. Poza tym jakość życia, związana ze stanem zdrowia, ma dwa wymiary – indywidualny i społeczny, które są ze sobą powiązane [1].

Zainteresowanie jakością życia w medycynie nastąpiło w latach 70. ubiegłego stulecia. Na grunt medycyny pojęcie to zostało wprowadzone przez H. Schippera i zdefiniowane jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez pacjenta" [2]. Zdaniem D.L. Patricka jakość życia jest wartością uwarunkowaną przez status społeczny, zranienia, chorobę, leczenie, współczucie czy percepcję otaczającego świata [3]. Natomiast N. M. Levine stwierdził, że jakość życia to „ten obszar życia ludzkiego, który danego człowieka bezpośrednio dotyczy i który jest dla niego ważny" [4].

Ocena jakości życia jest szczególnie istotna u ludzi z chorobą przewlekłą, gdyż przewlekły proces chorobowy jest źródłem negatywnych emocji oraz jest przyczyną dyskomfortu fizycznego, co przekłada się na niższą jakość życia [5]. Wśród determinantów kompleksowej oceny jakości życia osób zdrowych i chorych jest trafny dobór metod pomiaru i narzędzi badawczych.

Z kilkuletniej oceny sytuacji epidemiologicznej w Polsce wynika, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest chorobą przewlekłą i stanowi poważny problem medyczny oraz społeczny w krajowej populacji osób dorosłych i dzieci. Czynnikiem etiologicznym wirusowego zapalenia wątroby typu C jest wirus HCV (ang. *hepatitis C virus*). Jedynym rezerwuarem wirusa HCV i źródłem zakażenia jest człowiek. Wirus HCV jest przenoszony za pośrednictwem krwi, a namnaża się (replikuje) głównie w komórkach wątroby (hepatocytach), ale także i w innych narządach, tj.: śledzionie, trzustce, nadnerczach, mózgu, szpiku kostnym, tarczycy, węzłach chłonnych, komórkach jednojądrowych krwi obwodowej (limfocyty, monocyty, makrofagi) [6].

Z danych szacunkowych wynika, że w Polsce w 2005 r. zakażonych HCV było około 600 000 osób, a w 2013 r. około 730 000 [7]. Zdecydowana większość zachorowań w kraju na WZW typu C (około 80%) wiąże się z zabiegami medycznymi wykonanymi w podmiotach leczniczych. Z analiz epidemiologicznych wynika, że są to dane niedoszacowane.

Liczba nowych zachorowań w ciągu roku wynosi około trzech tysięcy osób. Od czasu wykrycia wirusa HCV problemem jest ocena rozmiarów występowania WZW typu C, praktycznie w każdym społeczeństwie, także w Polsce [8]. Publikowane dane epidemiologiczne są niepełne. Ocenia się, że co najmniej 50% osób zakażonych nie wie o toczącym się procesie chorobowym. Często choroba przebiega bezobjawowo lub skąpoobjawowo, a do ustalenia rozpoznania dochodzi przez przypadek. U wielu osób rozpoznanie lekarskie dotyczy już późnych następstw WZW typu C, w postaci marskości wątroby lub raka wątroby. Poza tym choroba powoduje zaburzenia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej. Zdaniem naukowców objawy zmęczenia, wahania nastroju, apatia, depresja, zaburzenia pamięci i koncentracji obniżają jakość życia około 50% osób zakażonych wirusem HCV [9].

Wobec powyższego ważnym aspektem opieki pielęgniarskiej i lekarskiej nad chorymi jest poprawa jakości ich życia poprzez pomoc w rozwiązywaniu istotnych problemów fizycznych, psychicznych i społecznych.

Cel pracy

Przedstawienie narzędzi do badania jakości życia osób z rozpoznanym wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Materiał i metoda

Przeanalizowano ogólne i specyficzne narzędzia oceny jakości życia na podstawie piśmiennictwa polskiego i światowego.

Wyniki

Jakość życia zakażonych wirusem HCV powinna być w sposób szczególny poddawana ocenie. W celu rozpoznania poziomu jakości życia pacjentów z przewlekłymi chorobami wątroby, między innymi WZW typu C, można wykorzystać szereg standardowych kwestionariuszy w zależności od celu badania i badanej populacji. Mogą to być narzędzia ogólne i specyficzne [10].

Ogólne narzędzia badawcze do oceny do oceny jakości życia osób zakażonych wirusem HCV:

Skala **SF-36** (*The Short Form Health Survey – SF 36*) – składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają określić 8 następujących elementów: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów wynikających z oceny wszystkich 8 skal jakości życia i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia. Kwestionariusz SF-36 może posłużyć do badania jakości życia u osób zdrowych lub chorych powyżej 18. roku życia [6, 11].

HUI (*Health Utility Index*) jest kwestionariuszem do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem, jest to tzw. index użyteczności zdrowia. Kanadyjski kwestionariusz HUI ma trzy wersje (HUI 1; HUI 2; HUI 3), które służą do ogólnej oceny jakości życia od 0 (zgon) do 1 (pełne zdrowie). Kwestionariusz HUI 1 – zawiera 4 domeny (funkcjonowanie fizyczne, społeczne, społeczno-emocjonalne i zabu-

rzenia zdrowotne). HUI 2 – jest kwestionariuszem, który umożliwia określenie stanu zdrowia w odniesieniu do: czucia, zdolności poruszania się, emocji, funkcji poznawczych, samoopieki, bólu, płodności (kategoria płodności nie musi być wykorzystywana, w zależności od specyfiki badania). Kwestionariusz HUI 3 – zawiera 8 kategorii oceny stanu zdrowia: wzrok, słuch, mowa, poruszanie się, sprawność, emocje, funkcje poznawcze, ból [12, 13].

NHP (*The Nottingham Health)* służy do oceny problemów związanych ze zdrowiem oraz ich wpływu na życie codzienne w zakresie funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i kontaktów społecznych. Narzędzie zostało wykorzystane w wielu krajach Europy. Pierwsza część skali NHP obejmuje 38 pytań, podzielonych na 6 kategorii: sen, energia, reakcje emocjonalne, izolacja społeczna, sprawność fizyczna oraz ból. Zaś druga część kwestionariusza zwiera 7 pytań, które dotyczą problemów związanych ze zdrowiem w zakresie: pracy, aktywności poza domem, życia towarzyskiego, relacji z domownikami, życia seksualnego, hobby, spędzania wolnego czasu. Zastosowanie skali NHP pozwala na ocenę złego funkcjonowania chorego we wskazanych obszarach, nie uwzględnia jego dobrego samopoczucia. Maksymalnie chory może otrzymać 100 punktów. Wysoka punktacja dowodzi, że chory ma poważne problemy zdrowotne [14, 15, 16].

EQ-5D (*Quality of Life Questionnaire*) jest stosowany najpowszechniej w Europie do prostej oceny jakości życia u osób powyżej 12. roku życia. Umożliwia analizę stanu zdrowia z uwzględnieniem kryteriów: troska o siebie, sprawność fizyczna, codzienna aktywność (praca, obowiązki domowe, nauka, wypoczynek, rodzina), lęk/depresja oraz ból/dyskomfort. Składa się z dwóch części. Pierwsza odnosi się do wyżej wymienionych kategorii oceny stanu zdrowia (EQ Index), natomiast druga zawiera skalę VAS, na której respondent ocenia swój stan zdrowia (EQ-VAS). Jest to wizualna skala analogowa, na której badany, w skali od 0 (najgorszy wyobrażalny stan zdrowia) do 100 (najlepszy wyobrażalny stan zdrowia), ocenia swój obecny stan zdrowia. Zdaniem naukowców kwestionariusz EQ-5D jest łatwy w użyciu i może dostarczyć istotnych informacji o stanie zdrowia chorych pod względem klinicznym i ekonomicznym [10, 17].

WHOQOL *(The Word Heath Organization Quality Of Life)* to standardowy kwestionariusz ankiety, którym można ocenić sześć wymiarów jakości życia: fizyczny, psychologiczny, duchowy, niezależność, relacje społeczne, środowisko chorego [18].

WHOQOL-Bref (*The World Health Organization Quality Of Life – BREFF)* jest kwestionariuszem ankiety WHOQOL w wersji skróconej. Składa się z 26 pytań i umożliwia ocenę jakości życia badanych w ciągu ostatnich 2 tygodni, w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Dodatkowo narzędzie to zawiera 2 pytania: pierwsze dotyczy ogólnej percepcji jakości życia, zaś drugie ogólnej percepcji własnego zdrowia. Badani udzielają odpowiedzi poprzez zaznaczenie wartości liczbowej na 5-stopniowej skali, rozpiętej mię-

dzy opinią maksymalnie pozytywną i negatywną [19]. Im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [20].

KMORSZCH *(Krótka metoda oceny radzenia sobie z chorobą)* – skala ta umożliwia wyróżnienie czterech stylów radzenia sobie ze stresem, często spowodowanym chorobą: styl skoncentrowany na unikaniu; styl skoncentrowany na emocjach; styl skoncentrowany na zadaniu; styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszych rozwiązań. Skala KMORSZCH jest prostym narzędziem o względnie dobrych właściwościach psychometrycznych, możliwym do zastosowania w czasie wizyty lekarskiej [21].

IZZ *(Inwentarz zachowań zdrowotnych*) – przy pomocy tego kwestionariusza (opracowanego przez Z. Juczyńskiego) można zbadać poziom zachowań zdrowotnych. Kwestionariusz zawiera 24 stwierdzenia określające grupy zachowań związanych ze zdrowiem w ostatnim roku przed badaniem. Kwestionariusz IZZ pozwala ocenić zmienne psychospołeczne, czyli ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Wartość wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych ocenia się w przedziale od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie praktykowanych przez badane osoby zachowań zdrowotnych. Globalny wskaźnik zachowań zdrowotnych można poddać interpretacji wg skali stenowej. Wyniki w granicach 1-4 stena to wyniki niskie, w granicach 5-6 stena – wyniki przeciętne, a 7-10 stena – wyniki wysokie [22].

LKZ (*Lista kryteriów zdrowia)* jest kwestionariuszem (Z. Juczyńskiego) pozwalającym na ocenę wymiarów zdrowia chorego w sferze biopsychospołecznej. Kwestionariusz zawiera 24 twierdzenia opisujące pozytywne elementy różnych wymiarów zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Respondent może zaznaczyć swoje preferencje, wskazując, które z twierdzeń są ważne dla niego w ocenie zdrowia. Te twierdzenia, które wybrał, musi uszeregować według ważności, od najważniejszego do najmniej ważnego [23].

PRF *(Patient Reguest Form)* jest narzędziem autorstwa P. Salmona i J. Qiune'a, adaptowanym przez Z. Juczyńskiego (*Lista oczekiwań pacjenta*). Może posłużyć do oceny oczekiwań pacjenta wobec lekarza. Skala PRF winna być wypełniana przez pacjenta na krótko przed kontaktem z lekarzem ogólnym. Narzędzie składa się z 18 stwierdzeń dotyczących różnych powodów aktualnego zgłoszenia się chorego do lekarza ogólnego. Stwierdzenia dotyczą wyjaśnienia choroby, poszukiwania wsparcia oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia [22].

SWLS *(Satisfaction With Life Scale)* – skala została opracowana przez E. Dienera, R.A. Emmonsa, R.J. Larsona, S. Griffin w 1985 r. Autorem polskiej adaptacji jest Z. Juczyński. Narzędzie zawiera pięć stwierdzeń ocenianych w skali siedmiostopniowej. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do

jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z własnego życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia [22].

AIS *(Acceptance of Illness Scale),* w wersji polskiej: *Skala akceptacji choroby* (AIS), pozwala określić stopień akceptacji choroby oraz jej wpływu na funkcjonowanie osób chorujących na chorobę przewlekłą. Została skonstruowana przez B. J. Felton i wsp. z Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University, a zaadoptowana do warunków polskich przez Z. Juczyńskiego. Skala zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Wszystkie twierdzenia wyrażają określone trudności i ograniczenia wynikające z choroby. Zdecydowana zgoda wyraża złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody oznacza akceptację choroby. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby, której zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego, co następnie przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z występowaniem choroby [22].

MHLC (*Multidimensional Health Locus of Control*), której autorami są: Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert de Vellis; (polska adaptacja: Z. Juczyński, *Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia*), bada przekonania jednostki o trzech typach kontroli zdrowia, tj. wewnętrznym (przekonanie, że kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie samego), wpływu innych (przekonanie, że stan własnego zdrowia jest skutkiem oddziaływania innych, głównie personelu medycznego) oraz przypadku (stan zdrowia uzależniony jest od przypadku lub innych czynników zewnętrznych). W każdej ze skal MHLC można otrzymać od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że danych czynnik ma wpływ na stan zdrowia chorego [23].

Specyficzne narzędzia badawcze do oceny jakości życia osób zakażonych wirusem HCV:

CLDQ *(Chronic Liver Disease Questionnaire)* – kwestionariusz CLDQ może być wykorzystany w badaniach jakości życia każdego pacjenta z przewlekłą chorobą wątroby, niezależnie od etiologii i stopnia zaawansowania zmian patologicznych, także u chorych na WZW typu C. Narzędzie zawiera 29 pytań podzielonych na sześć grup, które dotyczą: poczucia zmęczenia, aktywności życiowej, reakcji emocjonalnych, dolegliwości ze strony jamy brzusznej, objawów ogólnych, nerwowości [24].

CLDQ–HCV (*Chronic Liver Disease Questionnaire – Hepatitis C)* jest kwestionariuszem pozwalającym ocenić jakość życia pacjentów z przewlekłą chorobą wątroby z powodu WZW typu C. Zawiera on 29 pytań uwzględniających 4 domeny: sferę emocjonalną, niepokój, objawy ogólnoustrojowe i aktywność/energię. Poziom jakości życia wśród zakażonych wirusem HCV oblicza się na podstawie średniej z wszystkich punktów poszczególnych domen (CLDQ-HCV) – jest to tzw. współczynnik globalny. Wyższe wartości punktowe świadczą o lepszej jakości życia chorych na WZW typu C [25].

HQLQv2 *(Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version 2)* składa się z dwóch części. Jedna służy do oceny sprawności funkcjonalnej, a druga do oceny samopoczucia pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Pierwsza z nich *(Short From General Health Survey – SF-36v2)* zawiera 36 pytań, które pozwalają na ocenę jakości życia w wymiarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, odczuwanego bólu, zdrowia ogólnego, posiadanej energii, funkcjonowania społecznego i zdrowia psychicznego. Druga część kwestionariusza uwzględnia 15 pytań. Pozwala ocenić stopnień zagrożenia zdrowia, ogólnego samopoczucia chorego, ograniczeń funkcjonalnych związanych z procesem zapalnym wątroby lub specyficzne zagrożenia życia [26, 27].

Do głównych zadań członków zespołu terapeutycznego, realizowanych w opiece nad przewlekle chorymi zakażonymi wirusem HCV, należy poprawa jakości życia pacjentów w sferze biopsychospołecznej. Zaprezentowane narzędzia badawcze, stosowane do oceny jakości życia osób z rozpoznanym wirusowym zalaniem wątroby typu C, umożliwią opiekunom poznanie specyficznych aspektów funkcjonowania tych chorych w sferze biopychospołecznej i pomogą w zaplanowaniu i zorganizowaniu holistycznej koncepcji opieki [28].

Wnioski

1. Jakość życia zakażonych osób wirusem HCV należy oceniać wielowymiarowo.
2. Zaprezentowane narzędzia ułatwią badaczom wybór właściwego kwestionariusza do oceny w sferze biopychospołecznej jakości życia osób zakażonych wirusem HCV.
3. Wyniki badań przeprowadzanych z wykorzystaniem zaprezentowanych narzędzi dadzą możliwość poprawy jakości życia zakażonych wirusem HCV, poprzez modyfikację długoterminowej opieki medycznej, psychologicznej, socjalnej i rehabilitacyjnej.

Piśmiennictwo

1. Telka E. Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym. Nowa Medycyna 2013; 4: 184–186.
2. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. Journal of Psychology 1990; 8(23): 171–185.
3. Patrick DL., Erickson P. Health Status and Health Policy. Quality of Life in Health Care Evaluation and ResourceAllocation. Oxford University Press, New York 1993.
4. Wojtkiewicz M., Panaszek B. Możliwości oceny wpływu pokrzywki przewlekłej i obrzęku naczynioruchowego na jakość życia pacjentów. Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 4: 291–296.
5. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89(4): 467–470.
6. Tylka J., Piorowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. Kardiologia Polska 2009; 67(10): 1166–1169.
7. Kamińska A., Bednarska A., Radkowski M. Pozawątrobowa replikacja wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV). Przegl. Epidemiol. 2003; 57: 317–322.
8. Sierpińska L. Hepatitis C as a health problem in Poland. Jacobs Journal of Nursing and Care 2015; 1(1): 1–5.
9. Pawłowski T., Małyszczak K., Ingot M., Czarnecki M., Rymer W., Kiejna A. Neuropsychiatryczne objawy przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Postępy Psych. Neurol. 2005; 14 (4): 337–342.
10. Sierpińska L: Narzędzia pomiaru jakości życia zakażonych wirusem HCV. Journal of Education, Health and Sport 2017; 7(5): 185–197.
11. Cieślik B., Podbielska H. Przegląd wybranych kwestionariuszy oceny jakości życia. Inżynieria Biomedyczna 2015; 21(2):102–135.
12. Furlong WJ., Feeny DH., Torrance GW., Barr RD. The Health Utility Index (HUI) system for assessing health related quality of life in clinical studies. Ann Med 2001; 33: 375–384.
13. Turska A., Skowron A. Metody oceny jakości życia. Farmakoekonomika 2009; 65(8): 572–580.
14. Hunt S.M. Measuring health in clinical care and clinical trials.In: Measuring health: a practical approach. Telling Smith G (ed.). John & Sons, Chichester 1986.
15. Majkowicz M., Chojnacka-Szawłowska G. Metodologiczne problemy badania jakości życia.W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
16. Wrześniewski K. Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji the Nottingham Health Profile.W: Karski J, Kirschner H, Leowski J. (red.): Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia. Ignis, Warszawa 1997.

17. Szende A., Janssen B., Cabases J. Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. Springer, Netherlands 2014.
18. Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF.W: Wołowicka L (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Akademia Medyczna im. Karola. Marcinkowskiego, Poznań 2001.
19. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K. (et al). Quality of life in polish responders: psychometric properties of the Polish WHOQOL – Bref. Scand. J. Car. Sci. 2006; 20(3): 251–260.
20. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K. (et al). Quality of life in polish responders: psychometric properties of the Polish WHOQOL – Bref. Scand. J. Car. Sci. 2006; 20(3): 251–260.
21. Kokoszka A., Jodko A., Radzio R. Krótka metoda oceny radzenia sobie z chorobą: geneza i opis roboczej wersji metody. Przewodnik Lekarza 2003; 10: 39–46.
22. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
23. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Przegląd Psychologiczny 1999; 42(4): 43–56.
24. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia. Przegląd Psychologiczny 1999; 42(4): 43–56.
25. https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00863109 – dostęp 03.08.2017 r.
26. Ware JE., Kosiński M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. Qual Life Res 2001; 10: 405–413.
27. Żołnierczyk-Zreda D., Wrześniewski K., Bugajska J., Jędryka-Góral A. Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia. CIOP-PIB, Warszawa 2009.
28. Sierpińska L. Evaluation of the quality of life people infected with HCV – proposed research instruments. Medical and Biological Sciences 2015; 29(4): 13–16.

Selected instruments for assessment of the quality of life of patients with hepatitis C

Lidia Sierpińska[1]

[1] Military Clinical Hospital with Polyclinic, Independent Public Health Care Unit, Lublin

►**Summary:**
Introduction. Hepatitis C (HCV) is an important medical and social problem in Poland and worldwide. One of the main tasks of a therapeutic team in care of this group of chronically ill patients is an improvement of their quality of life from the objective and subjective aspects. These tasks may be diligently performed only by means of appropriately adjusted methods and research instruments.
Objective. The objective of the study was presentation of tools for the assessment of the quality of life of patients diagnosed with hepatitis C.
Materials and Method. General and disease-specific instruments for the assessment of the quality of life were analyzed based on Polish and international literature.
Results. Studies of the quality of life of patients with type C hepatitis enable the recognition of problems in the bio-psycho-social sphere occurring in their daily functioning. The research instruments most frequently used by researchers are the following questionnaires: SF-36, Health Utility Index (HUI), Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Life Questionnaire (EQ-5D). Disease-specific instruments for assessment of the quality of life of patients with chronic liver disease due to hepatitis C include the questionnaires: Chronic Liver Disease Questionnaire – Hepatitis C (CLDQ–), and Hepatitis Quality of Life Questionnaire Version 2 (HQLQv2). The results of studies provide possibilities to improve the quality of life of patients chronically ill with hepatitis C through reorganization of medical, psychological, social, and rehabilitation care, which most often lasts until the end of life.
Conclusions. The presented instruments for the assessment of the quality of life of patients diagnosed with hepatitis C enable researchers to recognise specific aspects of the functioning of these patients in the bio-psycho-social sphere.

►**Keywords:** quality of life, patients infected with hepatitis C virus (HCV).

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 19–29

Sprawozdanie z możliwości przeprowadzenia akcji profilaktycznej w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej oraz ocena zapotrzebowania na nią

Dorota Rolińska[1], Anna Krajewska[1], Mirosław J. Jarosz[1,2]

[1] Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
[2] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Próchnica uchodzi za najbardziej rozpowszechnioną chorobę infekcyjną, która atakuje twarde tkanki zęba i dotyka aż 97% ludzi. Mimo potencjalnie dużego zapotrzebowania na profilaktyczne działania w tym zakresie, nie wszyscy pacjenci wyrażają chęć udziału w nich. Podstawą profilaktyki jest odpowiednie wyedukowanie pacjenta, dzięki czemu będzie świadomy działań umożliwiających zahamowanie rozwoju próchnicy.
Cel. Celem niniejszej pracy jest analiza możliwości realizacji akcji profilaktycznej w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej oraz ocena zapotrzebowania na nią.
Wnioski. Przeprowadzenie akcji profilaktyki próchnicy w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej jest możliwe, ale wymaga zaangażowania personelu, a przede wszystkim samych pacjentów. Ponadto przeprowadzony wśród pacjentów sondaż pokazuje, że znaczna ich większość nie jest zainteresowana formą wsparcia w postaci dodatkowej edukacji na ten temat, mimo niekompletnej wiedzy o profilaktyce próchnicy.

►**Słowa kluczowe:** profilaktyka, stomatologia, prywatna praktyka.

Wprowadzenie

Próchnica uchodzi za najbardziej rozpowszechnioną chorobę infekcyjną, która atakuje twarde tkanki zęba i dotyka aż 97% ludzi [1]. Dochodzi do niej na skutek zachodzącego procesu patologicznego, co powoduje miejscowe odwapnienie i rozpad tkanek twardych zęba, a następnie prowadzi do powstania ubytku próchnicowego [2]. Przyczyny próchnicy mogą być różne, ale przede wszystkim wpływ na występowanie choroby ma współdziałanie patogennych drobnoustrojów w jamie ustnej i czynników takich jak: częste spożywanie węglowodanów, jakość, ilość i zdolność buforowa śliny, chemiczna, histologiczna i anatomiczna budowa twardych części zęba [1].

Mimo potencjalnie dużego zapotrzebowania na profilaktykę próchnicy, nie wszyscy pacjenci wyrażają chęć udziału w niej. Jest to przejaw bagatelizowania problemu, co tym samym zwiększa ryzyko zachorowań, a w konsekwencji także ryzyko próchnicy u coraz młodszych dzieci, którym rodzice nie przekażą odpowiedniej wiedzy. Podstawą profilaktyki jest wyedukowanie pacjenta, dzięki czemu będzie świadomy działań umożliwiających zahamowanie rozwoju próchnicy. Poza

tym gabinety stomatologiczne oferują różne dodatkowe zabiegi, które zmniejszają ryzyko tej choroby.

Cel

Celem niniejszej pracy jest analiza możliwości realizacji akcji profilaktycznej w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej oraz ocena zapotrzebowania na nią.

Wprowadzenie

Gabinet stomatologiczny jest miejscem, do którego pacjent zgłasza się dobrowolnie, bez żadnego skierowania. Już sama jego wizyta jest – z uwagi na kontakt ze specjalistą – właściwym krokiem do wprowadzenia odpowiedniej profilaktyki próchnicy. Profilaktyka ta może przyjmować różne formy i przebiegać powinna wielotorowo. Oznacza to, że pewnie działania zostaną zrealizowane w gabinecie dentystycznym, a inne zostaną podjęte w domu, szkole, czy przedszkolu. Ponadto niektóre czynności wymagają wyłącznie zaangażowania pacjenta lub jego rodzica (w przypadku dzieci), a inne zabiegi możliwe są do wykonania wyłącznie przez wyspecjalizowaną do tego kadrę (stomatologa, higienistkę szkolną).
W literaturze jako podstawowe zasady profilaktyki próchnicy wymieniane są:

- przestrzeganie zasad higieny jamy ustnej,
- racjonalne odżywianie, w tym walka z niedożywianiem i otyłością,
- uzupełnianie związków fluoru poprzez metody endogenne i egzogenne,
- poradnictwo i zabiegi profilaktyczne [2].

Pacjent powinien być świadomy konieczności ich stosowania i właściwej realizacji. W tym celu niezbędne jest wprowadzenie edukacji pacjenta w kierunku profilaktyki próchnicy. Niniejsze opracowanie skupia się na wszystkich czynnościach profilaktycznych, które – w ocenie autorek – mogą lub powinny mieć miejsce w gabinecie stomatologicznym i które realizowane są w warunkach prywatnej praktyki w Lublinie.

W zależności od stopnia zaawansowania objawy próchnicy mogą być różne. Najczęściej jednak próchnica jest wykrywana za pomocą metody wizualnej, a więc podczas oglądania powierzchni wszystkich zębów w celu poszukiwania zmian początkowych, jakimi są miejscowe odbarwienia, lub zaawansowanych już ubytków. Obecnie istnieją inne bardziej zaawansowane metody wykrywania próchnicy, ale ich dostępność jest bardzo słaba. Dzięki wczesnej identyfikacji zmian możliwe jest podjęcie pewnych kroków, które odwrócą zachodzący proces patologiczny w zębie i doprowadzą do remineralizacji szkliwa. Natomiast w przypadku występującego już ubytku konieczne jest jego wypełnienie [2].

Zmiany próchnicowe uwarunkowane są w dużej mierze brakiem lub nieregularnymi wizytami w gabinecie stomatologicznym. Najczęściej pacjenci zgłaszają się do gabinetu, kiedy zmiany zachodzące w jamie ustnej są już widoczne lub kiedy towarzyszą im symptomy bólowe. O ile ubytki wymagają wyłącznie leczenia, to dzięki właściwie wprowadzonej profilaktyce możliwe będzie zachowanie lepszego stanu pozostałego uzębienia. Wizyta staje się bowiem doskonałym pretekstem do skontrolowania wszystkich zębów i zastosowania właściwych środków leczniczych i profilaktycznych, co pozwali uniknąć kolejnych ubytków.

Konieczne jest przestrzeganie terminarza wizyt i systematyczność wizyt kontrolnych, nawet przy braku odczuwalnych symptomów próchnicy, co – niestety – często lekceważone jest przez pacjentów. W gabinecie, którego dotyczy niniejsze sprawozdanie, terminy wizyt kontrolnych często są zmieniane przez pacjentów, ale przy każdej próbie takiej zmiany są oni informowani, że przegląd dentystyczny zwiększa ich szanse w walce z próchnicą. Informacja ta przekazywana jest również pacjentom na zakończenie wizyty. Instruowani są, by nie czekać na to aż pojawią się objawy, ale odpowiednio wcześnie zgłaszać ewentualne obawy i pilnować ustalonego przez lekarza terminu wizyty.

Pacjenci nie są także świadomi, że próchnica może występować zaraz po wyrżnięciu się pierwszych zębów dziecka, a więc w 1. roku życia, dlatego już w tym okresie niezbędne jest skontrolowanie stanu jego jamy ustnej. Ponadto dzieci narażone są na próchnicę wczesnego dzieciństwa, tzw. próchnicę butelkową lub smoczkową. Pojawia się ona na skutek kolonizacji paciorkowców kariogennych na świeżo wyrżniętych zębach mlecznych dziecka przed ukończeniem przez nie 5. roku życia. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że ta odmiana próchnicy nabywana jest od matki poprzez bliski kontakt, pocałunki, przeżuwanie pokarmu przed podaniem go dziecku, używanie tych samych sztućców, a także czyszczenie smoczka dziecka za pomocą własnych ust. Ryzyko występowania tej postaci próchnicy dodatkowo wskazuje na konieczność kontrolowania przez dentystę stanu uzębienia nawet małych dzieci oraz właściwą edukację rodziców [2].

Warunkiem skutecznej profilaktyki próchnicy jest przekazywanie istotnych informacji pacjentom. Edukacja pozwoli nie tylko wyeliminować aktualnie popełniane błędy, ale i również umożliwi ich uniknięcie w przyszłości. Ma to szczególne znaczenie w przypadku młodszych pacjentów, którzy będą mogli cieszyć się dłużej zdrowymi zębami.

Dbanie o higienę jamy ustnej powinno być nieodzownym elementem opieki nad dzieckiem – zadaniem rodziców jest monitorowanie stanu zdrowia uzębienia dziecka. W rzeczywistości dzieje się inaczej. Lekceważenie i zaniechanie tych działań w rezultacie prowadzi do złego stanu uzębienia dzieci. Jest to niepokojące i niezrozumiałe, bowiem właśnie w dzieciństwie najłatwiej jest o korektę błędnych nawyków i poprawę stanu zębów. W niektórych krajach prowadzi się badania epidemiologiczne umożliwiające monitorowanie występowania próchnicy i jej profilaktykę. Również w Polsce powstają adresowane do dzieci i ich rodziców

programy, których celem jest edukacja i profilaktyka ukierunkowana na zdrowie jamy ustnej, a zwłaszcza uzębienia. Przykładem może być akcja „Dzieciństwo bez próchnicy" czy „Akademia Aquafresh" [3]. Mimo to poziom wiedzy rodziców na temat higieny jamy ustnej i profilaktyki próchnicy nie jest zadawalający, o czym świadczą między innymi badania przeprowadzone w regionie łódzkim przez K. Wapniarską, K. Bułę, oraz A. Hilt. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że większość rodziców małych dzieci tego regionu, a także przyszłych rodziców, określa swój stan wiedzy o higienie jamy ustnej jako przeciętny, a jedynie 22,6% uznaje ten poziom za wysoki. Ponadto u kobiet poziom wiedzy był wyższy niż u mężczyzn. Większość ankietowanych posiadała także wiedzę o terminach wyrzynania zębów i częstotliwości ich mycia oraz popierała ograniczenie spożywania słodyczy. Badani nie umieli jednak określić, kiedy należy stosować u dziecka pastę z fluorem i aż 60% było zainteresowanych ewentualnym szkoleniem z zakresu higieny jamy ustnej dziecka [3]. Z kolei badania zrealizowane w powiecie olkuskim przez A. Kargul, M. Koperny, M. Bałę i współautorów wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym pokazały, że poziom wiedzy na temat dbania o higienę jamy ustnej u 87% badanych jest wysoki [4]. Są to więc różne wyniki, które nie pozwalają jednoznacznie podsumować stanu wiedzy rodziców w Polsce.

Brak właściwej wiedzy rodziców skutkuje wieloma błędami w zakresie higieny dziecka. Edukacja rodziców w kierunku właściwej pielęgnacji jamy ustnej ich dzieci i profilaktyki próchnicy może, a nawet powinna zaczynać się w gabinecie dentystycznym. Stomatolog, bazując na swoim autorytecie specjalisty, ma szansę, by przekonać pacjentów o konieczności dbania o zęby ich dzieci. Pretekstem do takich działań wcale nie musi być wizyta z dzieckiem w gabinecie, wystarczy krótkie zainteresowanie ze strony lekarza i sprawdzenie, czy pacjent ma odpowiednią wiedzę w tym zakresie. Pomocne mogą być pytania typu: „Czy ma Pan/Pani wiedzę na temat właściwej higieny jamy ustnej?", „Czy zna Pan/Pani zasady profilaktyki próchnicy?".

Badania przeprowadzone przez A. Kargul, M. Koperny i współautorów pokazały, że dzieci rzadko są pacjentami gabinetów stomatologicznych. W przypadku 51,3% badanych od ostatniej wizyty dziecka w gabinecie minęło mniej niż pół roku. W przypadku 9% okres ten wynosił ponad rok, a aż 16,9% dzieci nie odbyło jeszcze nawet wizyty kontrolnej [4]. Oznacza to, że wśród badanych brak jest właściwego monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej dzieci, co może doprowadzić do szybkiego rozwoju próchnicy. Do pierwszej wizyty u stomatologa powinno dojść w czasie 6 miesięcy od wyrżnięcia się pierwszych zębów lub przed ukończeniem przez dziecko 1. roku życia [2].

Ponadto warto zauważyć, że większość publikacji i badań skupia się na stanie uzębienia dzieci z wyrżniętymi zębami stałymi. Również programy edukacyjne kierowane są głównie do dzieci w wieku szkolnym, a zdecydowanie za mało uwagi poświęca się szerzeniu wiedzy na temat właściwej higieny jamy ustnej wśród

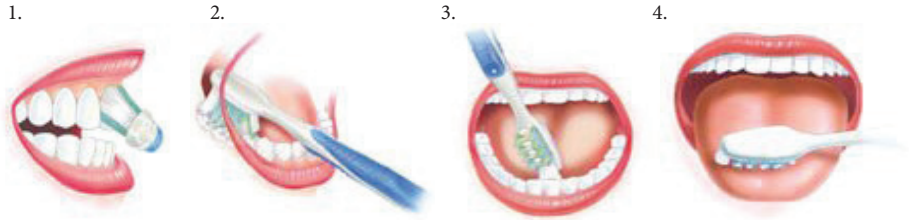
rodziców dzieci w wieku niemowlęcym czy przedszkolnym. Jest to poważne uchybienie, bowiem niezbędnym krokiem w zapobieganiu próchnicy zębów stałych jest właściwa pielęgnacja zębów mlecznych [4].

Rodzice często popełniają błędy w żywieniu swoich pociech, co skutkuje występowaniem u dzieci różnych chorób, w tym również próchnicy. Jednym z nich jest zbyt wczesne dodawanie cukru i soli do potraw, a także nadmierne ich spożywanie. Zaleca się, by do 2. roku życia dziecka unikać w ogóle stosowania tych dwóch składników. Ich eliminacja wpływa korzystnie nie tylko na sam stan uzębienia, ale i ogólne zdrowie, a ponadto pozwala wykształcić w dziecku korzystne dla zdrowia preferencje smakowe. Według Światowej Organizacji Zdrowia spożycie wolnych cukrów powinno zaspokajać maksymalnie 10% dziennego zapotrzebowania kalorycznego, a jeszcze nowsze doniesienia mówią o ograniczeniu tego poziomu do 5%. Istotne jest też unikanie produktów kwaśnych oraz słodzonych i gazowanych napojów, a także ograniczenie soków owocowych. Najlepszym płynem jest woda, która nie zawiera dodatkowej ilości cukru. Z uwagi na wartość pH pożądanym płynem jest również mleko. Soki owocowe i napoje gazowane sprzyjają powstawaniu próchnicy, dlatego ich spożywanie powinno być limitowane. W przypadku dzieci, które nie ukończyły 1. roku życia dzienna porcja nie powinna przekraczać 150 ml. Dla dzieci w wieku od roku do 6 lat norma ta wynosi 200 ml, a w wieku od 7 do 18 lat – 240-360 ml. Ponadto niewskazane jest picie soków przed snem i w nocy, najlepiej spożywać je podczas posiłków [5].

Do rodziców należy obowiązek pielęgnacji małych dzieci oraz nadzorowanie czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przez dzieci starsze. W okresie niemowlęcym wskazane jest masowanie i czyszczenie dziąseł dziecka, co ma przygotować do późniejszego czyszczenia zębów i dziąseł. Po pojawieniu się pierwszych zębów zaleca się ich delikatne szczotkowanie z częstotliwością 2 razy dziennie. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym dopuszcza się samodzielne szczotkowanie zębów, ale po uprzednim zapoznaniu malucha z zasadami prawidłowego wykonywania tej czynności. Niezbędny jest nadzór rodzica w trakcie tej pielęgnacji (do około 7. roku życia dziecka) [2]. Nauka prawidłowego szczotkowania zębów wiąże się z dużą odpowiedzialnością z uwagi na możliwość przekazania dzieciom błędnych wskazówek. Istotne jest, by rodzice byli świadomi prawidłowego szczotkowania zębów i właściwą wiedzę przekazywali dalej. Pomocny w jej uzupełnieniu powinien być stomatolog.

Istnieje kilka technik czyszczenia zębów przy użyciu tradycyjnej szczoteczki. Portal Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego powołuje się jednak na metodę Bassa jako najbardziej znaną. Zakłada ona mycie zębów w oparciu o 4 kroki zobrazowane na poniżej przedstawionych rysunkach. Krok pierwszy to czyszczenie powierzchni zewnętrznych zębów za pomocą szczoteczki ustawionej w kierunku dziąseł pod kątem 45 stopni. Wykonywane przy tym ruchy powinny być delikatne i skierowane do przodu i do tyłu. W następnym etapie te same czynności muszą zostać wykonane dla powierzchni żujących i wewnętrznych zębów.

Krok trzeci polega na czyszczeniu wewnętrznych powierzchni przednich zębów. Podczas tego etapu należy trzymać pionowo szczoteczkę i wykonywać ruchy końcówką główki w górę i w dół. Ostatni krok to wyczyszczenie zębów wzdłuż linii dziąseł, a także tylnych zębów i języka [6].



Rys. 1. Kolejne etapy szczotkowania zębów metodą Bassa.

Źródło: Internetowy portal Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego www.portalpts.pl

Gabinety dentystyczne często wyposażone są w model szczęki, na którym możliwe jest wizualne przedstawienie właściwego sposobu szczotkowania, co ma szczególne znaczenie w przypadku edukacji dzieci. W gabinecie, którego dotyczy to sprawozdanie, na takim modelu prezentowana jest metoda szczotkowania przy pierwszej wizycie dziecka, a także dorosłego, jeżeli lekarz zauważa u pacjenta poważne braki w czystości jamy ustnej.

Ponadto szczotkowanie powinno trwać minimum 2 minuty. Szczoteczka przed pierwszym użyciem musi być wyparzona, a po odpowiednim czasie wymieniona na nową [7]. Należy również pamiętać o odpowiednim doborze szczoteczki pod względem stopnia twardości włosia i dostosowaniu jej do wieku osoby, dla której ma być przeznaczona. Szczoteczka powinna być wymieniana co 3–4 miesiące, a w przypadku infekcji czy chorób nawet częściej, co pozwala uniknąć namnożenia na niej bakterii.

Oprócz dobrania szczoteczki ważne też jest zastosowanie właściwej pasty do zębów oraz wskazanej jej ilości. Pasty zwykle dobierane są na podstawie wieku klienta (ważne w przypadku dzieci) i dodatkowych wskazań (nadwrażliwość zębów, właściwości wybielające). Podczas stosowania pasty zawierającej fluor szczególnie ważne jest przestrzeganie zalecanych jej dawek. Poza pastą do zębów wyróżnia się również takie środki czyszczące jak płyny do płukania czy nici dentystyczne, które umożliwiają usuwanie resztek pokarmowych z przestrzeni międzyzębowych i płytki nazębnej z powierzchni stycznej zęba. Ponadto wskazane jest oczyszczanie jamy ustnej ze złogów nazębnych takich jak kamień nazębny, płytka nazębna czy biały nalot. Tylko taka kompleksowa pielęgnacja może w około 50% zahamować przyrost nowych ubytków zębowych [7]. Niestety, ze względu na ograniczony czas wizyty informacje dotyczące prawidłowego czyszczenia zwykle nie są przekazywane wszystkim pacjentom, a przede wszystkim tym, których

stan jamy ustnej świadczy o brakach wiedzy na ten temat. W przypadku wskazania do czyszczenia ze złogów nazębnych należy poinformować o tym pacjenta.

Poza odpowiednim edukowaniem pacjentów w zakresie pielęgnacji zębów i ich ochrony istotne jest również wprowadzenie profilaktyki fluorkowej. Powinna być ona dostosowana do poziomu fluoru w otoczeniu, do wieku pacjenta i stanu jego uzębienia. W wąskim zakresie może być wykonywana w domu, ale pacjent powinien mieć na ten temat wiedzę, której najlepszym źródłem będzie lekarz stomatolog. Taką formą profilaktyki jest fluoryzacja tabletkowa, polegająca na podawaniu dzieciom tabletek fluorkowych od 1, roku życia, lub stosowanie pasty zawierającej 0,1% fluoru. Formą profilaktyki fluorkowej dostępną wyłącznie w gabinecie stomatologicznym jest lakierowanie zębów, dostarczające dawkę stężonego fluoru. Oprócz działania profilaktycznego lakierowanie wspomaga również leczenie próchnicy w różnym stopniu jej zaawansowania oraz leczenie odwapnienia szkliwa [8]. U dzieci powyżej 6. roku życia stosowane mogą być również żele i pianki zawierające stężenie fluoru w przedziale 5000–12500 ppm. Badania dowiodły ich skuteczność na poziomie redukcji próchnicy o około 28% [1].

Pacjenci często nie wiedzą o dostępnych metodach profilaktyki fluorkowej, a nawet nie są świadomi ich istnienia, dlatego niezbędne jest informowanie ich o takich możliwościach bądź wskazaniach do zastosowania. Uzupełnieniem edukacji pacjentów w tym zakresie jest udostępnienie im różnych broszur i ulotek tematycznych.

Jeszcze inną formą profilaktyki jest lakowanie bruzd zębów. Polega ono na uszczelnianiu bruzd specjalnym materiałem, w celu wytworzenia gładkiej i łatwiejszej do oczyszczania powierzchni żującej oraz zabezpieczenia dna bruzd przed kontaktem z kariogennymi węglowodanami. Zabieg ten jest wskazany w szczególnych przypadkach. Według ekspertów EAPD (EuropeanAssociation of Pediatric Dentistry) powinien być wykonywany u wszystkich pacjentów podatnych na próchnicę zębów mlecznych oraz stałych: u osób upośledzonych umysłowo, obciążonych chorobami ogólnoustrojowymi i z objawami ostrej próchnicy. Natomiast w przypadku dzieci z grupy niskiego ryzyka próchnicy zalecane jest wyłącznie uszczelnianie bruzd o dużym stopniu retencji płytki nazębnej [1]. O wskazaniu do wykonania takiego zabiegu powinien bezwzględnie informować lekarz, co w analizowanym gabinecie jest praktykowane.

Należy również zaznaczyć, że czas wizyty w gabinecie stomatologicznym jest ograniczony, z jednej strony limituje go rytm pracy lekarza (konieczność przyjęcia kolejnej osoby), z drugiej zaś plany samego pacjenta (przeznaczenie na wizytę określonego czasu). Oznacza to, że w praktyce przeważnie nie ma możliwości zastosowania kilku działań profilaktycznych wobec jednego pacjenta. Zwykle czynności te ograniczają się do zrealizowania podstawowego założenia wizyty, na przykład wyleczenia ubytku czy polakierowania zębów. Dopiero czas po ich zakończeniu lekarz może poświęcić na spokojną edukację pacjenta. Możliwe jest informowanie na temat profilaktyki w trakcie wykonywania zabiegów, ale z uwagi

na utrudnioną komunikację z pacjentem metoda ta nie wydaje się optymalna. Stomatolog musi wiedzieć, jakie informacje interesują pacjenta, powinien także rozważyć zakres informacji koniecznych do przekazania pacjentowi z uwagi na stan zdrowia jego jamy ustnej. Wymaga to poświęcenia przez lekarza dodatkowego czasu.

Idealnym rozwiązaniem wydaje się przeprowadzenie krótkiej ankiety, najlepiej przed pierwszą wizytą, pozwalającej ustalić poziom wiedzy pacjenta na temat próchnicy i zagrożenia nią. Próby takiej podjęły się autorki niniejszej pracy. W prywatnym gabinecie stomatologicznym na terenie Lublina przeprowadziły akcję profilaktyczną, mającą na celu podniesienie świadomości pacjentów. Akcja ta polegała na przeprowadzaniu krótkiego wywiadu wśród osób zgłaszających się do gabinetu, sondującego ich wiedzę w zakresie profilaktyki próchnicy. Narzędzie składało się z 12 pytań (odczytywanych pacjentowi) i wymagało jedynie ustnej odpowiedzi „tak" lub „nie". Postawiono następujące pytania:

1. Czy wymienia Pan/i szczoteczkę do zębów raz na 3 miesiące albo częściej?
2. Czy jest Pan/i świadomy konieczności mycia zębów co najmniej 2 razy dziennie?
3. Czy kiedykolwiek została Panu/Pani przedstawiona metoda prawidłowego szczotkowania zębów?
4. Czy zna Pan/i asortyment dodatkowych produktów do pielęgnacji jamy ustnej poza pastą do zębów?
5. Czy stosował/a Pan/i kiedykolwiek jakieś dodatkowe produkty do pielęgnacji jamy ustnej inne niż pasta do zębów?.
6. Czy wie Pan/i, co to jest tak zwana próchnica smoczkowa (butelkowa)?
7. Czy jest Pan/i świadoma/y konieczności wizyty z dzieckiem u stomatologa w ciągu pół roku od wyrżnięcia się jego pierwszych zębów?
8. Czy zna Pan/i działanie lakierów fluorkowych?
9. Czy ogranicza Pan/i spożycie produktów słodzonych i cukru celem profilaktyki próchnicy?
10. Czy przestrzega Pan/i terminarza wizyt kontrolnych u stomatologa (kontrola nie rzadziej niż raz na pół roku)?
11. Czy uważa Pan/i swoją wiedzę na temat profilaktyki próchnicy za kompletną?
12. Czy chciałby/chciałaby Pan/i skorzystać z możliwości dodatkowej edukacji w zakresie profilaktyki próchnicy na terenie gabinetu?

Dopełnieniem sondażu było informowanie i edukowanie pacjentów o przyczynach i sposobach zapobiegania próchnicy. Nie wszyscy badani wyrazili chęć udziału w akcji. Najczęściej tłumaczyli się brakiem wolnego czasu i potrzebą szybkiego zakończenia wizyty. W przypadku dzieci do 12. roku życia odpowiedzi udzielali ich rodzice lub opiekunowie. W sondażu wzięły udział 54 osoby dorosłe (12 z nich to opiekunowie dzieci) i 16 dzieci w wieku od 12 do 18 lat.

Wywiad pozwolił na określenie poziomu wiedzy pacjentów gabinetu na temat profilaktyki próchnicy i umożliwił ukierunkowanie ich edukacji. Wyniki sonda-

żu pokazały, że 54% badanych jest przekonanych o konieczności wymiany szczoteczki maksymalnie co 3 miesiące, ale świadomych konieczności mycia zębów przynajmniej 2 razy dziennie jest aż 91% badanych. Tylko 11% miało okazję uczestniczyć w prezentacji metody prawidłowego szczotkowania zębów (całą tę grupę stanowiły dzieci, co może wynikać z ich udziału w programach profilaktyki próchnicy na terenie szkół). Z kolei prawie 89% badanych zna ofertę dodatkowych produktów do pielęgnacji jamy ustnej, takich jak płyny do płukania czy nici dentystyczne, ale do ich stosowania przyznaje się już tylko 60% badanych, w tym tylko 4 dzieci. Oznacza to, że mimo dużej wiedzy na temat dostępnych środków do pielęgnacji jamy ustnej, nie każdy je stosuje. Stosowanie takich środków jest też na niskim poziomie w przypadku dzieci (14% wszystkich badanych dzieci).

Ankieta badała również wiedzę pacjentów na temat próchnicy wczesnego dzieciństwa. Tylko 10% badanych potwierdziło, że zna tę odmianę próchnicy. Są to niepokojące wyniki uwypuklające nieświadomość rodziców, a w konsekwencji możliwość narażania własnych dzieci na występowanie próchnicy smoczkowej. Jeszcze gorsze wyniki dała odpowiedź na pytanie dotyczące konieczności odbycia wizyty u stomatologa w ciągu pół roku od wyrżnięcia się pierwszych zębów u dziecka. Postawiono je pacjentom pełnoletnim i rodzicom dzieci do lat 18. Tylko 7% miało wiedzę na ten temat. Oznacza to, że ryzyko występowania próchnicy u małych dzieci jest bardzo wysokie z uwagi na brak kontroli stanu uzębienia przez stomatologa po pojawieniu się pierwszych zębów. Znacznie lepiej wypadł poziom wiedzy pacjentów na temat działania lakierów fluorkowych. Prawie 83% badanych posiada wiedzę w tym zakresie.

Z kolei znacznie mniejsza liczba badanych ogranicza spożycie cukru i produktów słodzonych celem profilaktyki próchnicy. Takie działania podejmuje tylko 10% badanych, w tym tylko 3% to osoby dorosłe. Oznacza to, że badani mogą z dystansem podchodzić do roli diety w utrzymaniu dobrego stanu zębów lub nie respektują zaleceń profilaktyki w tym zakresie, mimo posiadanej wiedzy. Warto podkreślić, że niewłaściwe zachowania dorosłych mogą wpływać na utrwalanie się złych nawyków żywieniowych u dzieci.

Aż 77% badanych twierdzi, że przestrzega terminarza swoich wizyt u stomatologa, co ma znaczenie w profilaktyce. Tylko 31% badanych uznało swoją wiedzę w zakresie profilaktyki próchnicy za kompletną, jednak chęć dodatkowej edukacji w tym zakresie wyraziło niecałe 36% badanych. Pozostali (64%) pacjenci odmówili udziału w dalszej edukacji, tłumacząc się często brakiem czasu. Można zatem sądzić, że dla większości badanych brak odpowiedniej wiedzy nie jest wystarczającym bodźcem do jej uzupełnienia i poszerzenia.

Wnioski

Przeprowadzenie akcji profilaktyki próchnicy w warunkach prywatnej praktyki stomatologicznej jest możliwe, ale wymaga zaangażowania personelu, a przede wszystkim samych pacjentów. Ponadto przeprowadzony wśród pacjentów sondaż pokazuje, że znaczna większość nie jest zainteresowana formą wsparcia w postaci dodatkowej edukacji na ten temat, mimo niekompletnej wiedzy o profilaktyce próchnicy. Oznacza to, że próchnica jest wciąż problemem lekceważonym przez społeczeństwo, co tym bardziej wskazuje na konieczność prowadzenia tego typu akcji w prywatnych gabinetach stomatologicznych.

Piśmiennictwo

1. Prudel-Babiuch M., Puzio A. Babiuch J., Postek-Stefańska L. Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży. Twój Przegląd Stomatologiczny, 2014, 9, s. 66–71.
2. Stodolak A., Fuglewicz A. Zapobieganie próchnicy zębów u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, tom 20, nr 1, s. 76–81.
3. Kapniarska K., Buła K., Hilt A. Świadomość prozdrowotna rodziców w zakresie zdrowia jamy ustnej dzieci w świetle badań ankietowych. Przegląd Epidemiologiczny, 2016, 70, s. 137–140.
4. Kargul A., Koperny M., Bała M., Seweryn M., Wiercińska E. Ocena stanu wiedzy na temat czynników wywołujących chorobę próchnicową oraz metod jej zapobiegania na podstawie badania ankietowego wśród rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. Dent. Med. Probl. 2015, 52, 3, s. 316–323.
5. Olczak-Kowalczyk D., Jackowska T., Czerwionka-Szaflarska M., Książyk J., Szostak-Węgierek D., Kaczmarek U. Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej. Nowa Stomatologia, 2015, 20(2), s. 81–91.
6. Internetowy portal Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego www.portalpts.pl/Index.aspx?sid=50 [dostęp: 05.2017].
7. Król M., Grobelny M. Wiedza dzieci i młodzieży z województwa lubelskiego na temat zastosowania przyborów higienicznych w profilaktyce próchnicy zębów. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, tom 20, nr 3, s. 335–340.
8. Kula Z. Potęga fluoru w stomatologii. Art Dent, tom 14, nr 1 (59)/2016, s. 42–45.

Report on possibilities to conduct prophylactic action in conditions of private dental practice and assessment of the need for such an action

Dorota Rolińska[1], Anna Krajewska[1], Mirosław J. Jarosz[1,2]

[1] Institute of Rural Health, Lublin
[2] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences, Lublin

►**Summary:**
Introduction. Dental caries is considered as the most prevalent infectious disease, which attacks dental hard tissues and afflicts as many as 97% of the population. Despite a potentially high demand for prophylactic actions with respect to dental caries, not all patients are willing to participate. A basis of prophylaxis is proper education of patients, due to which they would be aware of actions possible to perform in order to inhibit the development of caries.
Objective. The objective of the presented study was analysis of the possibilities to carry out a prophylactic action in private dental practice, and assessment of the demand for this action.
Conclusions. It is possible to carry out a prophylactic action against dental caries in conditions of private dental practice; however, this requires an engagement on the part of staff, and primarily the patients themselves. Moreover, a survey conducted among patients also shows that a vast majority of them are not interested in support in the form of additional education with respect to this problem, despite incomplete knowledge concerning knowledge of dental prophylaxis.

►**Keywords:** prophylaxis, dentistry, private practice.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 31–49

Problem niepłodności wśród kobiet i mężczyzn – epidemiologia, czynniki ryzyka i świadomość społeczna

Magdalena Koperwas[1], **Magdalena Głowacka**[1]

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

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Niepłodność zawsze towarzyszyła człowiekowi i była problemem w historii ludzkości, jednak odnotowywano ją tylko wtedy, gdy panujące rody wymierały bezpotomnie, jeśli zaś dotykała zwykłych ludzi, miała charakter osobistego dramatu. Ślady materialne najstarszych cywilizacji świadczą o tym, że płodność była dla człowieka przedmiotem kultu. W XXI wieku do poradni leczenia niepłodności coraz częściej zgłaszają się pary, które nie mogą doczekać się potomstwa, choć z pozoru nie występują u nich przeszkody uniemożliwiające zapłodnienie.
Cel. Celem pracy jest przedstawienie epidemiologii i zasadniczych przyczyn pojawiania się niepłodności wśród kobiet i mężczyzn, jak również omówienie poziomu świadomości społecznej w zakresie poruszanego problemu.
Aktualny stan wiedzy. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, iż problemem niepłodności dotkniętych może być stale lub okresowo około 60–80 milionów par na świecie. W krajach wysoko rozwiniętych ponad 10% par w okresie prokreacyjnym ma problem z niepłodnością. W Polsce szacuje się, że zjawisko niepłodności może dotyczyć około 3 milionów osób. Przyczyny niepłodności mogą być bardzo złożone. Wśród nich wymienia się: brak odpowiedniej kultury fizycznej, nieprawidłowe odżywianie, narażenie na chroniczny stres, lub nadmierny wysiłek fizyczny i psychiczny. Wszystkie te czynniki ryzyka stanowią przyczynę zaburzeń hormonalnych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn.
Podsumowanie. Niepłodność jest chorobą dotyczącą zawsze dwojga młodych osób w okresie ich największej aktywności życiowej, a jej przyczyna leżeć może po stronie mężczyzny, kobiety lub obojga. Niepłodność stanowi narastający społeczny problem w wielu krajach rozwiniętych i wysoko rozwiniętych i uznawana jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę cywilizacyjną.

►**Słowa kluczowe:** niepłodność, zdrowie reprodukcyjne, czynniki ryzyka, choroba cywilizacyjna, edukacja społeczna.

Wprowadzenie

Historia ludzkości pokazuje, że płodność zawsze była ważna. W starożytności Horacy wyrażał to w słowach *non omnis moriar* – 'nie wszystek umrę'. Jest to wyraz ludzkiego pragnienia pozostawienia po sobie śladu, odrobiny siebie. Z kolei bezpłodność zawsze interpretowana była jako problem. Przez wieki kwestia bezpłodności, płodności, jak też rodzenia potomków właściwej płci, była sprawą nie tylko osobistą, ale także społeczną, a nawet państwową. Niemożność posiadania potomka w bogatych rodach powodowała ogromne trudności związane z przekazaniem

władzy i majątku. W mniej zamożnych rodzinach niepłodność skutecznie ograniczała liczbę dodatkowych rąk do pracy w gospodarstwie. Niejednokrotnie kobiety ponosiły poważne konsekwencje. Przykładem może być żona polskiego Księcia Przemysława II (XIII w.), którą mąż z powodu bezpłodności nakazał udusić.

Niepłodność towarzyszyła zawsze człowiekowi i była problemem w historii ludzkości, jednak odnotowywano ją tylko wtedy, gdy panujące rody wymierały bezpotomnie, natomiast gdy dotykała zwykłych ludzi miała charakter osobistego dramatu. Ślady materialne najstarszych cywilizacji świadczą o tym, że płodność była dla człowieka przedmiotem kultu. Posiadanie własnego dziecka jest i było traktowane jako życiowe marzenie i podstawowy cel funkcjonowania większości rodzin. To właśnie dziecko nadawało życiowy sens, stwarzając szansę na przedłużenie trwania rodziny.

XX wiek stanowi istotny przełom w zakresie wzrostu wiedzy o uwarunkowaniach niepłodności, jak również wzrostu wiedzy w zakresie możliwych metod jej leczenia. Terminem „niepłodność" – według WHO (z ang. World Health Organization) – określa się niezdolność do zajścia w ciążę czy spłodzenia dziecka. Niepłodność można stwierdzić dopiero po upływie jednego roku regularnego i niezabezpieczonego współżycia, nastawionego na poczęcie, do którego jednak nie dochodzi. Warto przy tej okazji odróżnić termin „niepłodność" od terminu „bezpłodność", który oznacza stan nieodwracalny, czyli trwałą niezdolność do spłodzenia potomstwa, której nie można wyleczyć. Niepłodność jest bardzo specyficzną chorobą, gdyż w sensie fizycznym nie powoduje ona bólu i nie prowadzi do kalectwa, a także nie zagraża życiu człowieka. Podstawową cechą niepłodności jest brak dzieci w związku partnerskim. Choroba ta bardzo często objawia się psychicznie, co niejednokrotnie powoduje dolegliwości często gorsze od bólu fizycznego. Dotyczy to dwojga młodych ludzi w czasie ich największej aktywności społecznej, zawodowej, rodzinnej. Brak dzieci w związku prowadzi często do dezorganizacji w funkcjonowaniu młodych ludzi, powodując skupienie ich całej uwagi na problemie zajścia w ciążę. Rozpoznanie niepłodności bardzo rzadko oznacza zupełny brak szans na ciążę. Bardzo często oznacza tylko statystyczne obniżenie szansy na ciążę spontaniczną, tak znaczne, że nie do zrealizowania w okresie rozrodczym. Sposobem na wyleczenie niepłodności jest doprowadzenie do zapłodnienia, sama ciąża i poród zdrowego dziecka.

Do poradni leczenia niepłodności coraz częściej zgłaszają się pary, które nie mogą doczekać się potomstwa, choć z pozoru nie występują u nich przeszkody uniemożliwiające zapłodnienie. Kwestii zdrowia prokreacyjnego bardzo dużo uwagi poświęca Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), odnosząc się szczególnie do problematyki niepłodności. WHO propaguje i opracowuje międzynarodowe procedury i standardy dotyczące działań z zakresu profilaktyki promocji zdrowia oraz leczenia człowieka w okresie reprodukcyjnym.

Celem pracy jest przedstawienie epidemiologii i zasadniczych przyczyn pojawiania się niepłodności wśród kobiet i mężczyzn, jak również omówienie poziomu świadomości społecznej w zakresie poruszanego problemu.

Epidemiologia problemu niepłodności na świecie i w Polsce

W krajach rozwiniętych występuje i dominuje niepłodność pierwotna, tj. sytuacja, gdy kobieta nigdy nie była w ciąży i ma problemy z zajściem w ciążę, natomiast państwa zaliczane do krajów rozwijających się charakteryzują się wysokim wskaźnikiem występowania wtórnej niepłodności, w przypadku której problem z zajściem w ciążę dotyczy okresu poprzedzonego przynajmniej jedną ciążą. Najważniejszymi czynnikami prowadzącymi do wysokiego wskaźnika wtórnej niepłodności w krajach rozwijających się są przenoszone drogą płciową choroby oraz różnego rodzaju interwencje chirurgiczne podejmowane u kobiet w okresie poporodowym, w warunkach pozbawionych jakichkolwiek standardów sanitarno-epidemiologicznych [1].

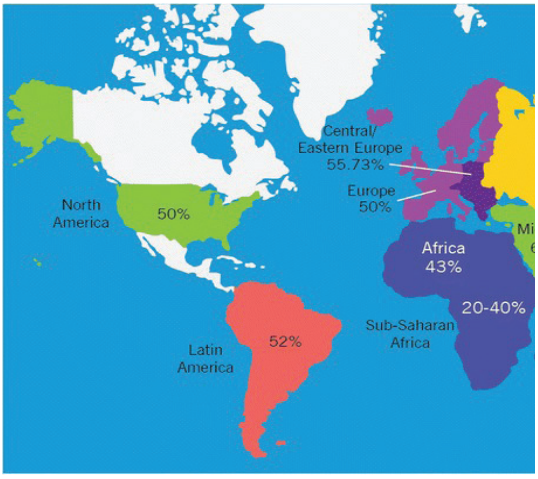
Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 60-80 milionów par na świecie jest stale lub okresowo dotkniętych problemem niepłodności. W krajach wysoko rozwiniętych problem niepłodności dotyczy 10–12% par w wieku prokreacyjnym [2].

Występowanie niepłodności w Polsce nie jest w pełni poznane ze względu na bark aktualnych i kompletnych danych statystycznych. Oceniono, że skala zjawiska jest podobna do tej, jaka występuje w zachodnioeuropejskich wysoko rozwiniętych krajach. Szacuje się, że niepłodnością dotkniętych jest w Polsce około 3 milionów osób. Problem niepłodności dotyka 15–20% par (1–1,5 miliona par), które znajdują się w wieku prokreacyjnym, z czego blisko 0,2–0,5% wymaga leczenia metodą rozrodu wspomaganego (różnorodne metody mające na celu uzyskanie ciąży, pomijające etapy poczęcia naturalnego). Europejskie Towarzystwo Reprodukcji Człowieka i Embriologii (ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embriology) podaje informacje, że z zabiegów *in vitro* korzystało w Polsce około kilkanaście par rocznie [3;4].

Z dotychczas przeprowadzonych badań wynika, iż za 35% przypadków niepłodności odpowiada partnerka, jednocześnie taki sam odsetek dotyczyć może partnerów, natomiast w przypadku 10% par diagnozowane są trudności u obojga partnerów, a w odniesieniu do 20% nie można wskazać jednoznacznej przyczyny niepłodności [1].

Analiza danych epidemiologicznych budzić może niepokój wzrastającą liczbą nieprawidłowości w męskim zdrowiu reprodukcyjnym. Przegląd obcej literatury wykazał, iż niepłodność męska jest globalnym problemem zdrowotnym ludności (waha się od 2,5% do 12%). Zgodnie z uzyskanymi wynikami co najmniej 30

milionów mężczyzn dotkniętych jest tym problemem, głównie w Afryce i Europie Wschodniej. Dane te wymagają jednak powtórnej weryfikacji, głównie ze względu na zróżnicowaną jakość i aktualność publikacji, z których pochodzą. Na rycinie 1 przedstawione zostały dane z poszczególnych rejonów świata dotyczące procentu przypadków niepłodności spowodowanych czynnikiem męskim. Z kolei Nieschlag (2010) podaje, że przyczyna po stronie mężczyzny znajdowana jest u około 20% niepłodnych par, a w przypadku kolejnych 25% par stanowi przyczynę współwystępującą. Warto wspomnieć również o tzw. obniżonej płodności, którą można zidentyfikować u 7% mężczyzn [5].



Rycina 1. Mapa świata pokazująca procent przypadków niepłodności spowodowanych czynnikiem męskim w poszczególnych regionach (Ameryka Północna, Ameryka Łacińska, Afryka, Europa, Europa Środkowo-Wschodnia, Bliski Wschód, Azja i Oceanii). Źródło: Ashok Agarwal, Aditi Mulgund, Alaa Hamada, and Michelle Renee Chyatte. A unique view on male infertility around the globe.

Badania Sanockiej i Kurpisz wykazały, iż w Polsce jest około 20% niepłodnych par. Równocześnie obserwuje się, że 40–60% z nich jest niepłodnych ze względu na czynnik męski. Wymagane są jednak dalsze badania w tym zakresie. Wyniki przywołanych badań epidemiologicznych można uznać za reprezentatywne dla ludności Europy Środkowej i Wschodniej, gdyż Polska ma jednorodną populację genetyczną i ujawnia głębokie podobieństwa w procesach ekonomicznych i historycznych do wszystkich krajów regionu.

W Danii, Francji, jak też w Wielkiej Brytanii przeprowadzono badania epidemiologiczne oceniające występowanie niepłodności. W Danii wśród kobiet do 30. roku życia występowanie niepłodności odnotowano u 9,1%, natomiast w grupie do 40 lat u 13,9%. We Francji, po przeanalizowaniu niepłodnych par, niepłodność stwierdzono u 16,4% kobiet, co oznaczało, że 1 pacjentka na 6 badanych par leczona była z powodu niepłodności. W badaniach prowadzonych w Wielkiej

Brytanii stwierdzono występowanie niepłodności u 17% par ze średnim wiekiem kobiet wynoszącym 28 lat [3].

Leczenie niepłodności bardzo często trwa od kilku do kilkunastu lat. Czas leczenia u kobiet, liczony od momentu rozpoczęcia badań, mieści się w przedziale od 6 miesięcy do 15 lat, natomiast u mężczyzn od 6 miesięcy do 12 lat. Po pięciu latach prowadzenia badań leczenie kontynuuje jeszcze 80% par [6;7]. Warto przy tym dodać, że poszukiwanie pomocy w rozrodzie rozpoczynają najczęściej same kobiety, odwiedzają wiele ginekologicznych gabinetów, poddają się różnym diagnostycznym badaniom, a także leczeniu, które zwiększa szansę na posiadanie własnego dziecka. Męskie postawy w tym początkowym okresie zazwyczaj są dość sceptyczne. Mężczyźni bardzo często trwają w przekonaniu, że za brak dziecka w ich związku odpowiada wyłącznie partnerka. Sprzeciwiają się nie tylko ocenie ich płodności, ale również zwykłej wizycie u ginekologa, twierdząc, iż nie jest to lekarz dla mężczyzn [7]. W takiej sytuacji czas działa zdecydowanie na niekorzyść małżonków, a przedłużanie leczenia czy diagnozowanie tylko jednego z partnerów określane jest w piśmiennictwie jako „kradzież" czasu reprodukcyjnego [8]. Prawidłowo rozumiana diagnostyka i leczenie zaczyna się w momencie, kiedy para jednocześnie trafia do ośrodka leczenia niepłodności

Przyczyny i czynniki ryzyka niepłodności

Przyczyny powstawania niepłodności są bardzo złożone. Brak odpowiedniej kultury fizycznej, nieprawidłowe odżywianie, narażenie na chroniczny stres lub nadmierny wysiłek fizyczny i psychiczny stanowią przyczynę zaburzeń hormonalnych zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Mogą one prowadzić do bezowulacyjnych cykli oraz pogorszenia biologicznych parametrów jakości nasienia. Najczęstszą przyczyną niepłodności małżeńskiej jest niedrożność jajowodów występująca u 30-35% kobiet, wymagająca interwencji chirurgicznej. Natomiast u obojga płci dominują zaburzenia immunologiczne i hormonalne (stanowiące 25%-30% przypadków), które wymagają bardzo wnikliwej diagnostyki i leczenia przez specjalistów różnych dziedzin, a także odpowiedniej diety i zmiany stylu życia [9].

Płodność u mężczyzn zależna jest od ciągłej produkcji plemników przez nabłonek, co kontrolowane jest przez występujące lokalnie wysokie stężenia testosteronu (które powstają pod wpływem LH działającego na komórki Leydiga) i stymulację bezpośrednią komórek przez folitropinę FSH. W następnej kolejności nasienie przechodzi proces dojrzewania i osiąga ruchliwość w najądrzu. W czasie ejakulacji nasienie miesza się z wydzielinami dodatkowych gruczołów płciowych, które stanowią 95% ejakulatu [10]. Do zapłodnienia dochodzi przez pobudzenie płciowe, objawiające się erekcją i ejakulacją, które musi nastąpić w okresie płodności kobiety. Jakiekolwiek nieprawidłowości w tym procesie mogą prowadzić do niepłodności. Na problem męskiej niepłodności zwraca się dziś dużo większą uwagę, ponie-

waż aż co dwudziesty mężczyzna ma problem z płodnością. W wielu chorobowych przypadkach istnieją metody leczenia, dzięki którym możliwe jest przywrócenie płodności naturalnej [10]. Niezdolność mężczyzn do zapłodnienia wynikać może z istnienia przeszkód mechanicznych w wydostawaniu się na zewnątrz odpowiedniej ilości prawidłowo zbudowanych plemników oraz z zaburzeń w samej spermatogenezie i spermiogenezie. Mechaniczne przeszkody mogą występować na skutek urazów fizycznych, zaburzeń rozwojowych, a także być pozostałością stanów zapalnych (np. po przebytych chorobach wenerycznych). Zaburzenia spermatogenezy mogą być spowodowane zarówno zmianami rozwojowymi, jak i dziedzicznymi (najczęściej nieprawidłowe umiejscowienie jąder poza workiem mosznowym), a także wtórnym lub pierwotnym uszkodzeniem jąder [11].

Przyczyny niepłodności męskiej (mogą być jądrowe, przedjądrowe, pozajądrowe) [12]:

- rozwojowe lub wrodzone zaburzenia jąder,
- ogólnoustrojowe zaburzenia,
- urazy jądra,
- brak nasieniowodów lub ich niedrożność,
- żylaki powrózka nasiennego,
- zaburzony transport plemników,
- zaburzenia erekcji,
- niedrożność lub brak najądrza,
- wpływ leków.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko niepłodności u mężczyzn są m.in. [13]:

- ekspozycja na metale ciężkie,
- palenie tytoniu,
- narażenie na wysoki stopień promieniowania,
- przyjmowanie narkotyków,
- stosowanie sterydów anabolicznych,
- organiczne środki chemiczne,
- nadużywanie alkoholu,
- przebywanie w wysokiej temperaturze otoczenia.

Kobieca płodność zależy od prawidłowego funkcjonowania regulacji osi podwzgórze – przysadka – jajnik, występowania owulacji i wytwarzania ciałka żółtego produkującego hormony, które podtrzymują rozwój wczesnej ciąży. Kolejnym etapem jest wychwycenie przez strzępki jajowodu komórki jajowej i jej transport przez drożny jajowód, gdzie dochodzi do zapłodnienia. Następnie w prawidłowo zbudowanej macicy zagnieżdża się zygota, której błona śluzowa jest przekształcana m.in. dzięki prawidłowej czynności ciałka żółtego [11].

Defekt na którymkolwiek poziomie wpływa na zaburzenie płodności kobiety i trudności w poczęciu dziecka.

Niepłodność żeńska może być następującego pochodzenia [14]:

- zaburzenie jajeczkowania,
- niedrożność jajowodów,
- czynnik maciczny,
- czynnik szyjkowy,
- endometrioza,
- schorzenia pochodzenia infekcyjnego i immunologicznego.

Czynnikami zwiększającymi ryzyko niepłodności u kobiet mogą być m.in. [15; 16]:

- palenie tytoniu,
- nadużywanie alkoholu,
- organiczne środki chemiczne,
- przebyte operacje,
- nadmierny hałas,
- różnego pochodzenia stresy,
- wpływ leków (np. hormonalnych),
- złe odżywianie.

Wśród czynników niepłodności zarówno mężczyzn, jak i kobiet są wymieniane wszelkie infekcje, które przebiegają w obrębie narządów miednicy mniejszej, tj. zapalenia jąder lub przydatków o zróżnicowanej etiologii [14]:

- rzeżączkowe zapalenie jąder,
- zakażenia *Chlamydia Trachomatis*,
- kiła,
- świnkowe zapalenie jąder,
- Mycoplasma sp.

Zaliczyć do czynników tych należy również następujące choroby układowe [17]:

- choroby układu krążenia,
- niedokrwistość,
- przewlekłe zapalenie nerek,
- cukrzyca,
- choroby tarczycy,
- zaburzenia odżywiania.

Aspekty psychofizyczne i socjologiczne niepłodności

Czynnik psychologiczny w części przypadków jest czynnikiem sprawczym niepłodności. Depresja ma bezpośredni wpływ na wydzielanie hormonów, które odpowiadają za implantację, owulację i procesy rozrodcze (obniżenie produkcji gonadotropin przysadkowych, hiperprolaktynemia). Stres związany z rozpoznaniem niepłodności jest porównywany do stresu po rozpoznaniu ostrego zawału mięśnia sercowego lub też choroby nowotworowej. Sam stres nie jest traktowany jako bezpośrednia przyczyna niepłodności, z drugiej jednak strony jest bardzo

wiele opracowań, z których jednoznacznie wynika, że niepłodność jako taka jest jednym z najbardziej stresogennych czynników. Niepłodne pary żyją z poczuciem osamotnienia, wstydzą dzielić się własnymi problemami z innymi. Życie seksualne par niepłodnych bardzo często traci swą spontaniczność, stając się narzędziem służącym do osiągnięcia celu. W postępowaniu diagnostycznym wyróżnia się cały szereg czynników prowadzących do niepłodności [18].

U mężczyzn w wyniku stresu zmniejsza się wydzielanie gonadotropin, co skutkuje spadkiem stężenia testosteronu i zmniejszeniem gęstości nasienia. Mogą temu towarzyszyć zaburzenia seksualne, które wynikają z obniżenia nastroju, zobojętnienia na otoczenie, utraty radości życia. Tak więc problem może się pogłębiać w sposób wtórny [18].

U kobiet zaburzenia w produkcji gonadotropin przysadkowych skutkować mogą zaburzeniami owulacji i nieprawidłowościami związanymi z dojrzałością komórki jajowej. Następstwami hiperprolaktynemii u kobiet mogą być [18]:

- krwawienia międzymiesiączkowe,
- niedomoga lutealna,
- brak miesiączki,
- cykle bezowulacyjne,
- zaburzenia miesiączkowania,
- mastopatia, mastalgia, mlekotok lub mastodynia.

Natomiast w przypadku mężczyzn hiperprolaktynemia może wywołać [18]:

- astenozoospermię,
- hipogonadyzm,
- impotencję,
- ginekomastię.

Macierzyństwo dla kobiety jest istotnym elementem roli społecznej, sposobem samorealizacji i czynnikiem rozwoju, dlatego niemożność zaspokojenia potrzeb macierzyńskich wywoływać może problemy psychologiczne. Niepłodności towarzyszą: depresja, utrata zainteresowania codziennymi zajęciami, napięte kontakty z rodziną, partnerem, kolegami, trudności w myśleniu o czymkolwiek innym niż niepłodność, zmniejszona wydolność przy wykonywaniu zadań, wysoki poziom niepokoju, trudności z koncentracją. Wśród psychologicznych objawów można wymienić również zmiany apetytu (wzrost lub obniżenie), zaburzenia snu, nadużywanie alkoholu i leków. Mogą pojawić się myśli o samobójstwie lub śmierci, dochodzi do społecznej izolacji ze stale towarzyszącymi objawami pesymizmu, poczucia bezwartościowości lub winy [18].

Bardzo długa jest lista negatywnych reakcji i zmian emocjonalnych. Niepłodni mają poczucie utraty możliwości planowania życia rodzinnego i potencjalnych dzieci, znikają marzenia o kontynuacji genetycznej, o przedłużeniu rodu. Kobiety przeżywają żal z powodu utraty doświadczeń porodu i ciąży, ulegają ruinie plany małżeńskie i życiowe, a dziadkowie nie mogą doczekać się wnuków. Pojawiają się

bardzo często określenia „niepełnowartościowa kobieta" lub „niepełnowartościowy mężczyzna". Niepłodność jest chorobą, która wymaga skutecznego leczenia wszystkimi dostępnymi przez medycynę metodami, w jak najkrótszym czasie, jak najmniej inwazyjnie i przy najniższych kosztach. Małżeństwo i macierzyństwo stanowią dla kobiet niezwykle istotny czynnik w realizacji i rozwoju siebie. Dlatego też brak możliwości zaspokojenia tych potrzeb ma swoje psychologiczne konsekwencje. W wielu publikacjach formułowane są opinie o odmienności i szczególnej strukturze osobowościowej niepłodnych kobiet. Pojawia się u nich frustracja o charakterze egzystencjalnym, psychicznym i społecznym. Niepłodne kobiety bardzo często czują się nieakceptowane społecznie, wręcz napiętnowane, co wywołuje u nich drażliwość, lęk, rozpacz, poczucie krzywdy i winy. U kobiet w przebiegu niepłodności bardzo często uwidaczniają się nowe cechy osobowości, głównie o charakterze neurotycznym. Występują również obawy o trwałość związku małżeńskiego, emocje i uczucia partnera. W odróżnieniu do mężczyzn niepłodność kobiet niszczy poczucie ich tożsamości, zostawiając je z uczuciem okaleczenia. Kobiety niepłodne cechują się wysokim poziomem poczucia zagrożenia, co jest przyczyną zwiększenia u nich napięcia emocjonalnego, lękliwości i niepokoju. W porównaniu z mężczyznami kobietom trudniej jest pogodzić się z faktem bezdzietności. Kobiety z utrudnioną prokreacją są osobami o mniejszej tolerancji na frustrację i stres, unikającymi ryzyka, wybierającymi ucieczkę jako sposób radzenia sobie ze stresem [18].

Mężczyźni mniej otwarcie niż kobiety wyrażają swe emocje w związku z diagnozą niepłodności i proponowanym jej leczeniem, sprawiając wrażenie niezbyt przejętych perspektywą bezdzietności. Mężczyznom towarzyszy poczucie bycia „słabym mężczyzną" i wstyd. Jest to objaw powierzchowny, który wynika z roli społecznej i oczekiwań związanych z jej pełnieniem. Przeżycia mężczyzn są równie silne i głębokie jak emocje kobiet, oczekują oni wsparcia emocjonalnego od swoich partnerek. Wśród mężczyzn leczonych z powodu niepłodności często występuje nasilenie depresji, obwinianie się i obniżenie samooceny. Wykazują oni mniejsze poczucie własnej wartości, które prowadzi do izolacji (ograniczenie zapotrzebowania na kontakty społeczne, mała chęć przebywania wśród ludzi), pozbawienia ważnych więzi emocjonalnych oraz nadmiernej samokontroli. Podobnie jak u kobiet objawy te nasilają się w miarę trwania badań diagnostycznych i leczenia. Obniżenie poczucia wartości u mężczyzn, w odróżnieniu od kobiet, związane jest bardziej z utożsamianiem płodności ze sprawnością seksualną, czemu towarzyszy zachwianie wiary w sprawność własnego ciała. Skutkiem zdiagnozowania niepłodności może być okresowa impotencja bądź pogorszenie lub zmniejszenie częstotliwości seksualnego współżycia. Konsekwencją tego mogą być konfliktowe sytuacje w małżeństwie. Czasem podłożem niepłodności stać się może nieuświadomiony konflikt w małżeństwie, kiedy u partnerów podświadomie występują wątpliwości, czy jako para chcą naprawdę być razem. W sposób podobny może oddziaływać ukryty lęk przed utratą pracy, atrakcyjności fizycznej,

pozycji zawodowej i pogorszeniem statusu materialnego na skutek możliwej ciąży. Każdorazowo w tego typu przypadkach występują różne przyczyny niepłodności, ale zawsze związane są z przykrymi i bolesnymi emocjami [18].

Wskazanie głównej przyczyny niemożności zajścia w ciążę jest bardzo trudne, ponieważ u pary leczącej się z powodu niepłodności najczęściej jednocześnie występują różnie oddziałujące czynniki, które warunkują problem z poczęciem dziecka. Dlatego też podczas terapii małżeńskiej niepłodności nie jest nigdy wykluczany negatywny wpływ psychiki na płodność. Ścisła współpraca lekarza z psychologiem podczas wszystkich etapów diagnozy czy terapii niepłodności jest niezbędna. Niezwykle ważne jest także objęcie kobiet z takimi trudnościami wsparciem i opieką psychologiczną. W przypadku kobiet kontakt z psychologiem nasilony jest w pierwszym roku leczenia niepłodności, natomiast u mężczyzn w późniejszym okresie. Udzielanie psychologicznej pomocy parom niepłodnym jest wskazane już w momencie stawiania diagnozy. Niepłodność ma bardzo duży wpływ na psychologiczne, biologiczne, ale i społeczne funkcjonowanie par, które powinny być otoczone nie tylko medyczną opieką, ale również psychologiczną. Psychiczne konsekwencje niepłodności bardzo często są niedoceniane. Pacjenci na każdym etapie leczenia i diagnozowania niepłodności przeżywają wiele emocji negatywnych, bardzo często burzliwie, dlatego też bez pomocy profesjonalistów mogą mieć trudności w radzeniu sobie z tymi reakcjami. Jak wskazują wyniki badań, około 40% pacjentów odczuwa potrzebę kontaktu z psychologiem, natomiast psychologicznej pomocy **w**ymaga około 90% niepłodnych par. Zdarzają się jednak opinie, że konsultacje psychologiczne są zbędne w sytuacji, gdy wszelkie emocjonalne problemy, jakie przeżywa para w związku z leczeniem lub diagnozą niepłodności, zostaną omówione przez lekarza prowadzącego. Aktualne wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia wskazują jednoznacznie, że międzynarodowym standardem powinno stać się dążenie do poprawienia jakości życia par niepłodnych.

U niepłodnych kobiet chęć posiadania potomstwa bywa bardzo często tak silna, że dążenie do osiągnięcia tego celu staje się nadrzędne i przesłania inne aspekty życia (takie jak kariera zawodowa, nauka, życie towarzyskie czy pozyskiwanie materialnych dóbr). Specjaliści zajmujący się niepłodnością nie mają wątpliwości, że osoba niepłodna, a zwłaszcza kobieta, jest osobą chorą. Nie chodzi tu jedynie o schorzenie jajowodów czy macicy, ale również o sferę przeżyć psychicznych.

Problem niepłodności ma dodatkowo wymiar społeczny, ponieważ dotyczy grupy o największej aktywności zawodowej. Ciągły brak czasu, sposób życia, stres, zanieczyszczenie środowiska, czynniki cywilizacyjne, stanowią m.in. elementy składające się na obniżenie płodności. Bardzo często z tego powodu rozpadają się długoletnie zawiązki, małżeństwa, bo ludzie nie potrafią poradzić sobie z problemem.

Brak potomstwa po jednorocznym współżyciu jest od lat przyjętym kryterium określającym niepłodność (zarówno niepłodność pierwotną, jak i wtórną) w danym związku. Przyjęcie kryterium jednorocznego współżycia związane jest

z faktem zachodzenia w tym okresie w ciążę blisko 86% kobiet. Przyczyny braku ciąży w około 40% przypadkach znajdują się po żeńskiej stronie i w około 40% przypadkach po stronie męskiej, natomiast u około 20% przypadków określa się to mianem wspólnego obniżenia płodności. Problem niepłodności jest uznawany w wielu krajach za społeczną chorobę, która dotyczy od 10% do 20% związków. Warta podkreślenia jest niepokojąca tendencja przesuwania się przyczyn braku potomstwa w stronę męskiego czynnika, ponieważ jego udział może osiągać aż 60%. Niewątpliwy jest tu negatywny wpływ czynników cywilizacyjnych takich jak: rozwój przemysłu powodującego zanieczyszczenie środowiska naturalnego człowieka (określane przez ekologów jako „zatrucie środowiska"), chemizacja życia (konserwacja żywności, tworzywa sztuczne, związki ingerujące w gospodarkę hormonalną – tzw. *endocrine disruptors*), a także rozwój techniki (radio, telewizja, telefonia komórkowa) [19]. Potwierdzeniem tego jest obniżenie referencyjnych wartości dla parametrów seminologicznych (zwłaszcza dla koncentracji plemników, ich ruchliwości prawidłowej i morfologii) na przestrzeni ostatnich 20 lat [20]. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia opracowali wartości referencyjne na podstawie badania próbek nasienia pobranych od mężczyzn, którzy w ciągu 12 miesięcy po badaniu zostali ojcami. Zakwestionowana została jednak liczba ocenianych próbek nasienia mężczyzn płodnych jako niewystarczająca do wydania zdecydowanej opinii dotyczącej wartości referencyjnych parametrów nasienia. Obniżenie referencyjnych wartości parametrów nasienia może wpływać negatywnie na ocenę płodności u mężczyzn [19].

Społeczna świadomość problemu niepłodności kobiet i mężczyzn

Świadomość społeczna dotycząca niepłodności stale rośnie. Wiele osób zaczyna rozumieć, że niepłodność jest problemem, którego nie należy się wstydzić. Jest ona jednak zbyt niska zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, szczególnie w kwestii konieczności przygotowania organizmu obojga partnerów do posiadania potomstwa. Zdecydowanie więcej kobiet niż mężczyzn zdaje sobie sprawę z konieczności zmian trybu życia w czasie poprzedzającym prokreację [21]. Odżywianie się mężczyzn planujących potomstwo oraz sposób prowadzenia odpowiedniego trybu życia ma bezpośredni wpływ na czas, w którym uda się partnerom osiągnąć ciążę. Niewłaściwe odżywiane i tryb życia bardzo często okazują się czynnikami, które powodują obniżenie zdolności człowieka do poczęcia potomka. Zmiana złych nawyków może umożliwić poczęcie. Zazwyczaj jednak to nie wystarcza i wizyta u specjalisty staje się koniecznością.

Zwiększanie społecznej świadomości dotyczącej roli stylu życia, odpowiedniej diety obojga partnerów w czasie planowania potomstwa oraz możliwości włączenia diagnostyki, w celu szybkiego znalezienia przyczyny problemów z poczęciem,

ma zdecydowanie większe znaczenie niż może się wydawać. Pokazanie mężczyznom powagi ich roli w akcie prokreacji jest ważnym społecznie zadaniem. Kroki te mogą być przełomowe nie tylko dla konkretnych par, ale i całego społeczeństwa. Większa świadomość problemu niepłodności jest bowiem pomocna i istotna w jej leczeniu, pozostaje też szczególnie ważna w kontekście uznania niepłodności za chorobę cywilizacyjną. Z badań wynika, że niepłodność jako chorobę trwałą i nieuleczalną postrzegają przede wszystkim osoby w wieku 18-24 lata (25,3%) oraz posiadające do trójki dzieci (w sumie 39,3%). Za chorobę długotrwałą, ale uleczalną uznają ją osoby młode (w wieku pomiędzy 18. a 30. rokiem życia) oraz badani posiadający pięcioro lub sześcioro dzieci. Najczęściej nie mają zdania na ten temat osoby poniżej 18. roku życia oraz osoby w wieku 61-70 lat [22].

Badanie zrealizowane przez Kliniki i Laboratoria Medyczne INVICTA przy współpracy z Instytutem Badania Opinii Homo Homini wskazało, że ponad połowa Polaków poprawnie definiuje problem niepłodności i zdaje sobie sprawę z możliwości jej wyleczenia. Największą w tym zakresie świadomość mają ludzie młodzi do 30. roku życia oraz w wieku od 41 do 50 lat. Problem ten dotyka części z nich lub borykają się z nim ich bliscy. Ta grupa, także dzięki mediom, śledzi na bieżąco aktualne informacje. Jedna czwarta badanych osób deklaruje trudności w zdefiniowaniu niepłodności. 15% społeczeństwa traktuje problem z zajściem w ciążę jako nieuleczalną przypadłość. Natomiast w 6% przypadków problem jest bagatelizowany – zdaniem tych osób wymaga jedynie przeczekania. O niskim odsetku (do 10%) bezpłodnych par w Polsce najczęściej są przekonane osoby poniżej 18. roku życia (100%), a także najstarsi badani (52,2%). Przekonanych o tym jest też 57,8% osób z wykształceniem podstawowym. Takie przekonanie jest też charakterystyczne dla osób posiadających mniejszą liczbę dzieci [23].

Na świadomość społeczną wpływają również prowadzone kampanie społeczne. Kampania „Płodny Polak" to przedsięwzięcie, którego celem jest zwrócenie uwagi młodych mężczyzn, nieposiadających jeszcze dzieci, na kwestie związane z rosnącą liczbą zaburzeń płodności wśród Polaków. Zadaniem kampanii jest także edukacja na temat wpływu czynników środowiskowych na jakość nasienia oraz promowanie badań profilaktycznych nasienia. Problem niepłodności dotyka już około 15% par, za którą w 35% przypadków odpowiadają właśnie mężczyźni. Zły stan nasienia jest najczęstszą przyczyną niepłodności wśród mężczyzn. Na przestrzeni 30 lat WHO obniżyło wartość uznawaną za prawidłową dla koncentracji nasienia aż o 75% – z 60 mln plemników w 1 ml ejakulatu w 1980 roku do 15 mln/ml w roku 2010. WHO uzasadnia taką zmianę generalnym spadkiem jakości nasienia, spowodowanym środowiskowymi czynnikami. W raporcie „Płodny Polak" podkreślono, że 93% mężczyzn nigdy nie wykonało badania nasienia, a jednocześnie codziennie prezentowało zachowania, które szkodzą jego jakości. Blisko połowie młodych Polaków zdarza się trzymanie laptopa na kolanach oraz siedząca praca, co trzeci respondent przyznaje się do noszenia obcisłych bokserek, a co dziesiąty do podgrzewania foteli w samochodzie. Wczesna diagnoza

stanu nasienia daje mężczyźnie szansę na zmianę przyzwyczajeń wpływających niekorzystnie na płodność, a tym samym na jej poprawę. Natomiast zmiana stylu życia może nie tylko powstrzymać negatywne procesy, ale także cofnąć ich skutki. Z tego powodu ważne jest dotarcie do mężczyzn i uświadomienie im, które zachowania szkodzą płodności [24].

Jak wynika z raportu „Płodna Polka", aż 82% Polek, które nie posiadają jeszcze dzieci, nigdy nie diagnozowało się pod kątem swojej płodności, przy czym ponad jedna czwarta z nich planuje ciążę po 30. roku życia. Tymczasem jedną z przyczyn bezpłodności jest zbyt późna decyzja o założeniu rodziny połączona z wczesnym wejściem w okres przekwitania. W celu promocji badań diagnozujących płodność kobiety rusza kampania społeczna „Płodna Polka". W związku ze stale podnoszącym się wiekiem, w którym Polki decydują się na pierwszą ciążę, rośnie liczba problemów z poczęciem dziecka. Kobiety nie mają świadomości, że z każdym rokiem szanse na macierzyństwo maleją, a po 33. roku życia zdecydowanie spadają. Na płodność negatywnie wpływają również czynniki związane ze stylem życia, np. stres lub zła dieta.

Misją kampanii „Płodna Polka" jest edukacja społeczeństwa poświęcona konieczności wykonywania badań diagnozujących gospodarkę hormonalną kobiety i jej możliwość zajścia w ciążę. Przewidziane w ramach kampanii działania mają na celu propagowanie świadomego planowania pierwszej ciąży poprzez kontrolę drożności jajników – wykonywanie badań „Pakietu kobiecego", czyli AMH, FSH oraz USG, połączonych z konsultacją z lekarzem specjalistą w dziedzinie niepłodności. W ramach kampanii opracowano serię materiałów poradnikowych dotyczących płodności kobiety. Zostały przewidziane również akcje bezpłatnych badań „Pakietu kobiecego". Kampania społeczna „Płodna Polka" to inicjatywa, której celem jest promocja badań „Pakietu kobiecego" (badań AMH, TSH oraz USG połączonych z konsultacją z lekarzem specjalistą w dziedzinie niepłodności) diagnozujących płodność kobiety i określających ilość czasu pozostałego na poczęcie dziecka, a tym samym pozwalających świadomie zaplanować macierzyństwo. Szacuje się, że problem niepłodności dotyka już około 15% par. Jedną z przyczyn bezpłodności jest zbyt późna decyzja o założeniu rodziny połączona z wczesnym wejściem w okres przekwitania. Misją kampanii jest ograniczenie ilości par mających problem z poczęciem dziecka poprzez zachęcanie do diagnozowania czynników, które utrudniają lub uniemożliwiają zajście w ciążę [24].

Diagnostyka niepłodności w Polsce

„Współczesna medycyna rozrodu posiada bardzo dużą wiedzę dotyczącą mechanizmów, doprowadzających do ciąży i urodzenia żywego i zdrowego dziecka. Rozród u człowieka, bardziej niż u innych ssaków, stanowi bardzo złożony proces. W celu osiągnięcia ciąży mieć miejsce muszą prawidłowe seksualne kontakty i musi być złożone w pochwie nasienie z odpowiednimi parametrami

jakościowymi. Poprzez kanał szyjki macicy, a później poprzez jamę macicy, gdzie dochodzi do procesu dojrzewania (kapacytacja), plemniki powinny dostać się do bańki jajowodu" [22]. Plemniki nie powinny być nosicielami różnego rodzaju genetycznych defektów. W jajniku powinien prawidłowo przebiegać proces dojrzewania komórki jajowej, gdzie musi się dokonać drugi podział mejotyczny i wydalenie ciałka kierunkowego [22]. Komórka jajowa, również bez genetycznych defektów, winna trafić do bańki jajowodu. Kolejnym etapem rozrodu jest połączenie komórki jajowej i plemnika (syngamia) i w następstwie tegoż procesu rozwój zarodka (stadia blastocysty, moruli, zygoty), który przez jajowód powinien trafić do jamy macicznej. W jamie macicy endometrium (błona śluzowa) musi być w stanie gotowości (ang. *endometrial receptivity, implantation window*), aby zarodek mógł zagnieżdżać się i rozwijać dalej. Olbrzymi postęp technologiczny, który dokonał się w medycynie rozrodu, wciąż nie daje żadnych możliwości, aby zaobserwować i jednoznacznie interpretować powyżej opisane procesy. Gdy nie dochodzi do ciąży, nie ma możliwości oceny, na jakim etapie zaburzony został proces rozrodu [22].

Roczny czas oczekiwania na ciążę jest wskazaniem do rozpoczęcia diagnostyki, która zawsze powinna dotyczyć obojga partnerów [25]. W medycznie uzasadnionych przypadkach okres taki może ulec skróceniu. Wcześniejszą diagnostykę należy rozważyć, gdy wiek kobiety przekracza 35 lat, występują zaburzenia rytmu krwawień o charakterze rzadkich miesiączek (*oligomenorrhea*) lub ich braku (*amenorrhea*), istnieje podejrzenie patologii narządu rodnego oraz gdy dodatkowo nakłada się czynnik męski niepłodności [26].

U kobiet powinno zostać przeprowadzone badanie podmiotowe z badaniem ginekologicznym, badania obrazowe wybrane oraz badania hormonalne [26]. Diagnostyka powinna obejmować wywiad dotyczący regularności krwawień miesięcznych i ocenę jajeczkowania (jednorazowy pomiar stężenia progesteronu na siedem dni przed spodziewaną miesiączką oraz badanie ultrasonograficzne w końcu fazy folikularnej). Ze względu na łatwość stosowania i niski koszt metody te dopuszczalne są w samoocenie cyklu. U kobiet miesiączkujących regularnie nie zaleca się oznaczania stężeń prolaktyny ani wykonywania testu z metoklopramidem. Z powodu trudności metodologicznych i/lub niskiej specyficzności nie rekomenduje się rutynowego wykonywania testu postkoitalnego, biopsji i datowania endometrium oraz badań immunologicznych. Badaniami obrazowymi o ustalonym znaczeniu w ocenie stanu anatomicznego narządu rodnego u kobiety (bez obciążeń w badaniu podmiotowym, przedmiotowym i (lub) badaniach dodatkowych) są: ultrasonografia, histerosalpingografia (HSG) i histerosalpingosonografia kontrastowa (HyCoSy). Przy klinicznym podejrzeniu występowania zmian jajowodowych metodą z wyboru jest laparoskopia z badaniem drożności jajowodów, a przy podejrzeniu zmian macicznych – histeroskopia [26].

Podstawowym testem diagnostycznym u mężczyzn jest badanie nasienia, przeprowadzone w warunkach standardowej oceny seminologicznej na zasa-

dach określonych przez WHO (V edycja) [27]. W celu rozpoznania azoospermii potrzebne jest dwukrotne badanie nasienia przeprowadzone w odstępie 3 miesięcy. Specjalistyczne testy nasienia (poejakulacyjne badanie moczu, test po stosunku, testy żywotności plemników, test penetracji oocytu chomika /*zona-free hamster oocyte test*/, testy na przeciwciała przeciwplemnikowe, test na liczebność leukocytów w nasieniu) nie są wymagane do diagnozowania męskiej niepłodności [26]. Analiza komputerowa nasienia (CASA) nie znalazła powszechnego zastosowania w ocenie podstawowej nasienia, jednak możliwość dokumentacji wyników oraz obiektywność pomiaru stanowi o jej przydatności w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych. Badanie USG i ocena endokrynologiczna pacjenta powinny być wykonane po stwierdzeniu odchyleń w badaniu przedmiotowym, podmiotowym lub w badaniu nasienia. W takiej sytuacji standardem diagnostycznym jest pomiar stężeń gonadotropin, prolaktyny i testosteronu w surowicy [25].

W postępowaniu diagnostycznym dostępne są narzędzia diagnostyczne, które pozwalają na stawianie rozpoznań prawdopodobnych na tyle, aby później podejmować skuteczne i racjonalne leczenie. Takimi narzędziami diagnostycznymi są [22]:

- zebrany prawidłowo wywiad uwzględniający rytm krwawień miesięcznych, przebyte procesy zapalne i interwencje chirurgiczne na terenie miednicy małej, dolegliwości bólowe, kontakty seksualne;
- techniki endoskopowe, laparoskopia i histeroskopia;
- wykonanie spermiogramu;
- odpowiednio zaprogramowane i zinterpretowane badania hormonalne;
- ogólne badanie ginekologiczne, połączone z oceną ultrasonograficzną (głowica dopochwowa);
- inne techniki obrazowania narządów miednicy małej, takie jak rezonans magnetyczny i histerosalpingografia;
- badania cytogenetyczne.

Przy zastosowaniu wyżej wymienionych narzędzi diagnostycznych najczęstszymi rozpoznaniami przyczyny niepłodności będą [22]:

- endometrioza o różnym stopniu zaawansowania klinicznego;
- zaburzenia funkcji jajnika, głównie zaburzenia jajeczkowania – anowulacja z zaburzeniami rytmu krwawień miesięcznych;
- czynnik jajowodowy niepłodności;
- czynnik męski niepłodności, czyli nieprawidłowe parametry nasienia, zaburzenia współżycia seksualnego
- inne nieprawidłowości w obrębie miednicy małej, m.in. mięśniaki macicy.

Istnieje również grupa par, u których nie dochodzi do ciąży, mimo prawidłowych wyników we wszystkich testach diagnostycznych. W takich przypadkach mówi się o niepłodności niewyjaśnionego pochodzenia (ang. *unexplained infertility*) i podkreśla znamienną rolę, jaką pełni czynnik psychogenny [22].

Niepłodność jest specyficzną i wyjątkową chorobą, o znaczącym zasięgu społecznym. W Polsce problemy z rozrodem ma rocznie ponad milion par. Jednak nie wszystkie pary szukają medycznej pomocy. Polskie i światowe dane w tym zakresie są bardzo rozbieżne. W Polsce pomocy szuka około 20% par, natomiast na świecie aż 50% (ponad 200 tys. osób). Bezdzietność, traktowana jako następstwo niepłodności, ma bardzo głęboki wymiar ludzki, a tym samym poważne społeczne oraz psychologiczne konsekwencje, wśród których najczęściej dostrzeganymi są: frustracja, stres, niszczenie układu partnerskiego, brak poczucia rodzinnej więzi, utrata celu aktywnego życia zawodowego, niepokój, stany depresyjne [22].

Podsumowanie

Niezwykle ważną fazą rozwoju emocjonalnego, psychoseksualnego oraz społecznego jest rodzicielstwo. Stwarza ono szansę zrealizowania życiowych zamierzeń i zaspokojenia wielu potrzeb. Niestety, poczęcie dziecka – wbrew powszechnej opinii – może być procesem długotrwałym i skomplikowanym. Wiele par napotyka na swej drodze problemy z płodnością.

Zmniejszenie płodności kobiet i mężczyzn to poważny problem, przyczyna stresu, depresji, zaburzeń relacji rodzinnych i funkcjonowania społecznego. To również problem zdrowia publicznego, jedna z przyczyn kryzysów demograficznych i ekonomicznych.

Istnieje wiele przyczyn męskiej i kobiecej niepłodności. Niepłodność jest dla starających się o potomstwo par źródłem stresu, który dodatkowo może ograniczać skuteczność prób podejmowanych w celu uzyskania potomstwa. Na zapłodnienie i rozwój płodu bardzo duży wpływ ma również kondycja fizyczna przyszłych rodziców. Stan zdrowia społeczeństwa zależny jest od zapewnienia dziecku właściwych warunków i zaspokojenia jego potrzeb już w najwcześniejszych fazach rozwojowych.

Niepłodność w literaturze przedmiotu nazywana jest często „dzieckiem współczesnego stylu życia", czyli późnego wieku prokreacji i niewłaściwego odżywiania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała ją za chorobę cywilizacyjną. Do czynników sprzyjających niepłodności należą również: pośpiech, pracoholizm, antykoncepcja.

Niepłodność jest chorobą dotyczącą zawsze dwojga młodych osób i to w okresie ich największej aktywności życiowej. Jej przyczyna leżeć może po stronie mężczyzny, kobiety lub obojga. W wielu krajach rozwiniętych i wysoko rozwiniętych niepłodność stanowi narastający społeczny problem.

W Polsce wiele małżeństw boryka się z problemem niepłodności (około 9 milionów par). Problem niepłodności dotyka aż 14% par w wieku rozrodczym, z czego męski czynnik niepłodności występuje u około 500 000 do 600 000 mężczyzn. Jednocześnie tylko 19% niepłodnych par poszukuje specjalistycznej pomocy lekarskiej. W ostatnich latach zaburzenia płodności wykazują gwałtow-

ną tendencję wzrostową, na świecie co roku przybywa około 2 milionów nowych niepłodnych par.

Brak możliwości realizacji jednego z najważniejszych pragnień każdego człowieka – posiadania potomka – wywiera silny wpływ na stan psychoemocjonalny pary. Chęć posiadania dziecka jest zwykle tak wielka, że często dominuje nad wszystkimi innymi problemami i ambicjami życiowymi. W związku z powyższym konieczne wydaje się wdrażanie wielotorowych, interdyscyplinarnych programów profilaktycznych mających na celu kształtowanie świadomości młodych par w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i jego uwarunkowań.

Piśmiennictwo

1. Nygren K.G., Boivin J., Bunting L., Collins J.A. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum. Reprod., 2007; 22 (6): 1506/12.
2. Stowarzyszenie Nasz Bocian, www.nasz-bocian.pl [dostęp: 18.08.2015 r.].
3. Radwan J. Epidemiologia niepłodności. W: Niepłodność i rozród wspomagany. Red. Radwan J., Wołczyński S. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne 2011; 11-14.
4. Szamatowicz M. Niepłodność. W: Położnictwo i ginekologia. Red. Bręborowicz G.H. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2005; 737–754.
5. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Andrologicznego i Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Podstawowe badanie nasienia według standardów Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2010. Warszawa: Wydawnictwo THORG 2016.
6. Agarwal A., Mulgund A., Hamada A., Chyatte M.R. A unique view on male infertility around the globe. Agarwal i wsp. Reproductive Biology and Endocrinology (2015) 13:37.
7. Łepecka-Klusek C. Postawy życiowe partnerów w sytuacji niezamierzonej bezdzietności. Rozprawa habilitacyjna. Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie 2008.
8. Szamatowicz M. Kradzież czasu reprodukcyjnego jako jatrogenna szkoda w medycynie rozrodu. W: Paszkowski T., (red.). Zapobieganie szkodom jatrogennym w położnictwie i ginekologii. Lublin: Wyd. IZT; 2004: 21–24.
9. Fundacja NAPROCENTRUM, www.naprocentrum.pl/index.php/nieplodnosc.html, [dostęp 14.08.2015 r.].
10. McLachlan R.I., Holden C. Diagnostyka niepłodności męskiej i testy czynnościowe nasienia. Wiadomości Położniczo-Ginekologiczne 1996; 149–162.
11. Klimek R. Niepłodność uleczalna czy nie? Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1995; 13–65.
12. Jose-Miller A.B., Boyden J.W., Frey K.A. Infertility. Am Fam Physician 2007;75:849–858.

13. Semczuk M. Czy czynniki środowiskowe stanowią zagrożenie dla płodności mężczyzny? Ginekologia Polska, Suplement: Ekologia prokreacji człowieka. Lublin 1993, s. 127.
14. Dmoch–Gajzlerska E. Położnictwo i ginekologia dla studentów położnictwa i pielęgniarstwa. Warszawa: WUM 2007; 36–44.
15. Skrzypczak J. Niepłodność żeńska. W: Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Red. T. Opala. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003, s. 139, 140.
16. Sajduk S., Witczak K., Sroka Ł. Wpływ palenia tytoniu na zdrowie ginekologiczne kobiety. Przegląd Lekarski 2005, nr 10, 1154–1158.
17. Paavonen J., Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. Hum Reprod Update 1999; 5 (5): 433–47.
18. Makara-Studzińska M. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Warszawa: PZWL 2008, 137–155.
19. Kotzbach R., Kotzbach M. Niektóre współczesne problemy prokreacji. PTA 2014, 1 (1), 5–11.
20. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm – Cervical Mucus Interaction. 3th ed; 4th ed.; Cambridge University Press, Cambridge 1992;1999; World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination and Processing of Human Semen. World Health Organization Press, Geneva 2010.
21. Parenting.pl, TestDNALaboratorium, https://parenting.pl/portal/nieplodnosc-choroba-naszych-czasow-jak-ja-diagnozowac%20i-leczyc [dostęp 30.07.2015 r].
22. Raport Koalicji Na Rzecz Kompleksowej Terapii Niepłodności. Wspieramy Płodność. Warszawa, 2004;11–45.
23. Co Polacy wiedzą o in vitro? Raport zrealizowany na zlecenie Klinik i Laboratoriów Medycznych INVICTA przez Instytut Badania Opinii Homo Homini, kwiecień-maj 2011 http://www.invicta.pl/1077/badanie_opinii_co_polacy_wiedza_o_in_vitro.html [dostęp 03.08.2015 r].
24. Fundacja „Nadzieja dla Zdrowia" http://www.plodnapolka.pl/rusza-kampania-spoleczna-plodna-polka [dostęp 11.08.2015 r].
25. Crosignani P.G., Rubin B.L. Optimal use of infertility diagnostic tests and treatments. The ESHRE Capri Workshop Group. Hum Reprod 2000;15:723–32.
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence; 2004, 2013.
27. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction. 5th edition. Cambridge: Cambridge University Press 2010.

Problem of infertility among males and females – epidemiology, risk factors and social awareness

Magdalena Koperwas[1], Magdalena Głowacka[1]

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

► **S u m m a r y :**

Introduction. Infertility has always accompanied humans and has been a problem in the history of mankind; however, it was recorded only when the ruling dynasties died childless, while when it affected common people it had the character of personal drama. Material traces of the oldest civilisations provide evidence that fertility was approached by humans with great worship. In the 21st century, increasingly more often fertility centres are visited by couples in which there are seemingly no obstacles to achieving conception; nevertheless, they still await the desired offspring.

Objective. The objective of the study was to present epidemiology and the basic causes of the occurrence of infertility among males and females, as well as to discuss the level of social awareness concerning this problem.

Current state of knowledge. According to the World health Organization (WHO), approximately 60-80 million couples worldwide may be permanently or temporarily affected by the problem of infertility. In highly developed countries more than 10% of couples at reproductive age experience the problem of infertility. It has been estimated that in Poland the scale of the phenomenon of infertility may reach about 3 million of the population. The causes of infertility may be very complex. From among many causes are mentioned: lack of proper physical culture, incorrect nutrition, exposure to chronic stress, or excessive physical and mental effort. All these risk factors are the cause of hormonal disorders, both in males and females.

Summary. Infertility is the disease that always affects two young persons, and happens during the period of their highest life activity. Its cause may be on the part of the man, the woman, or both. Infertility constitutes a growing social problem in many developed and highly developed countries, and is considered by the World Health Organization as a civilisation disease.

► **K e y w o r d s :** infertility, reproductive health, risk factors, civilisation disease, social education.

Prace badawcze

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 53–63

Wpływ czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej

Patrycja Kudyk[1], Lech Panasiuk[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Literatura przedmiotu nie definiuje wyraźnie terminu schizofrenia, gdyż w istocie jest to zespół zaburzeń psychotycznych, w odniesieniu do których często używa się określenia „psychozy schizofreniczne". Zwykle rodzina jako pierwsza zauważa niepokojące zachowania. Osoba chora na schizofrenię zaczyna inaczej reagować, doświadcza niezwykłych przeżyć, towarzyszy jej lęk, może pojawić się agresja.
W społeczeństwie nadal funkcjonuje wyobrażenie, że chory psychicznie to szaleniec biegający z siekierą. Ten stereotyp ma wiele negatywnych konsekwencji. Ludzie zdrowi odsuwają się od chorych, w efekcie czego rodzi się społeczne potępianie dotkniętej chorobą osoby. Chorzy odczuwają je jako bardziej dolegliwe niż sama hospitalizacja.
Zachorowania na schizofrenię warunkowane są czynnikami socjodemograficznymi. Należą do nich: ubóstwo, migracje związane z niepowodzeniami, dyskryminacja, dysfunkcja rodzin, bezrobocie, trudne warunki mieszkaniowe. Każdego roku postęp nauk medycznych daje nam nadzieję, że los cierpiących na schizofrenię się poprawi, że zostanie usunięte piętno, jakie muszą nosić.
Cel. Celem pracy była ocena wpływu czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej.
Materiał i metody. Badaniem objęto 50 pacjentów Szpitala Psychiatrycznego w Radecznicy. Średni wiek respondentów wynosił 26 lat. Badanie przeprowadzono na przełomie stycznia i lutego 2017 roku przy pomocy ankiety, która składała się z 36 pytań.
Wyniki i wnioski. Osoby często hospitalizowane i zamieszkujące miasto czuły się najbardziej odrzucone przez społeczeństwo. Wykonywanie pracy zarobkowej pozytywnie wpływało na życie towarzyskie chorych na schizofrenię. Osoby zamieszkujące wieś i pracujące zawodowo częściej określały swoją sytuację materialną jako bardzo złą. Osoby pracujące i zamieszkujące miasto częściej regularnie przyjmowały leki. Rodziny osób chorych bezrobotnych najczęściej korzystały ze wsparcia oraz porad rodzinnych. Osoby zamieszkujące wieś miały lepszy kontakt z rodziną podczas hospitalizacji.
►**Słowa kluczowe:** czynniki socjoekonomiczne, schizofrenia paranoidalna, leczenie.

Wprowadzenie

Schizofrenia to choroba, która swoimi objawami nie przypomina żadnej innej, jest to szczególna jednostka chorobowa. Psychiatrzy nazywają ją „delficką wyrocznią psychiatrii", ponieważ dotyka sfery najgłębszych tajemnic ludzkiej psychiki. Często określa się ją mianem choroby królewskiej. Nazwa ta odzwierciedla nie tylko status chorych (zapadają na nią często ludzie wybitni i zdolni), ale przede wszystkim bogactwo ich przeżyć. Różnorodność doznań i emocji towarzysząca

chorym na schizofrenię jest odzwierciedleniem niezliczonych cech ludzkiej natury. Znacznie utrudnia to ścisłe skatalogowanie objawów choroby, a tym samym postawienie diagnozy. Jest to choroba złożona, warunkuje ją wiele czynników, zarówno genetyka, funkcjonowanie biologiczne, jak i czynniki osobowościowe, emocjonalne, relacje rodzinne [1].

Literatura przedmiotu nie definiuje wyraźnie terminu schizofrenia, gdyż w istocie jest to zespół zaburzeń psychotycznych, w odniesieniu do których często używa się określenia „psychozy schizofreniczne" [2]. Niektórzy uważają, że schizofrenia polega na rozszczepieniu osobowości. Sugeruje to pochodzenie słowa „schizofrenia" (z grec. *schizein* – 'rozszczepiać', *phren* – 'umysł'). Pomimo etymologii nazwa ta nie oznacza posiadania więcej niż jednej osobowości, ale rozszczepienie myślenia, zachowania, emocji chorego, które powodują, że traci on kontakt z rzeczywistością i nie jest w stanie odróżnić świata realnego od paranoidalnego. Na chorobę tę może zachorować każdy, nie ma środków zapobiegawczych. Schizofrenia dotyka zarówno kobiety, jak i mężczyzn. Rzadko się zdarza, by osoba, która po raz pierwszy doświadczyła epizodu psychotycznego, sama zwróciła się o pomoc. Dlatego niezmiernie ważne jest, by podnosić poziom wiedzy na temat schizofrenii. Zwykle rodzina jako pierwsza zauważa niepokojące zachowania [3]. Osoba chora na schizofrenię zaczyna inaczej reagować, doświadcza niezwykłych przeżyć, towarzyszy jej lęk, może pojawić się agresja. Choroba występuje najczęściej u ludzi młodych, atakuje w momencie startu w dorosłe życie. Część osób przeżywa tylko jeden incydent psychotyczny w swoim życiu, część wiele epizodów [4].

Dziwne słowa, inny sposób wypowiedzi, niespójność myślenia to typowe objawy schizofrenii. Zakłóca ona normalne funkcjonowanie mózgu i może oddziaływać na przebieg procesów myślowych, np. przyspieszając myślenie lub spowalniając je. Choroba polega na zwiększonej aktywności dopaminergicznej w szlaku mezobolicznym mózgu. Pierwszorzędną rolę odgrywa tu receptor D2. Sądzi się, iż jego złe funkcjonowanie w szczególności odpowiada za część objawów występujących w tej chorobie. Uważa się, że zaburzenie to atakuje pierwotne zdolności poznawcze, ale znaczenie w jego przebiegu mają także przewlekłe problemy z zachowaniem i emocjami [5]. Osoby chore izolują się od otoczenia, także od rodziny, chociaż to jej wsparcie jest najistotniejsze, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych.

Schizofrenia nie jest zaburzeniem jednorodnym, a pomiędzy różnymi typami psychozy występuje więcej różnic niż podobieństw [6]. Wskazuje się kilka typów schizofrenii, które wyróżniają się odmiennymi przeżyciami chorego. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 zaliczone zostały do grupy *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania* (F00–F99). Grupa F20 obejmuje przede wszystkim schizofrenię, zaburzenia schizotypowe, uporczywe zaburzenia urojeniowe, jak również ostre przemijające

zaburzenia psychotyczne [7]. Do grupy dodano zaburzenia schizoafektywne: *F20 Schizofrenia, F20.0 Schizofrenia paranoidalna, F20.1 Schizofrenia hebefreniczna, F20.2 Schizofrenia katatoniczna, F20.3 Schizofrenia niezróżnicowana, F20.4 Depresja poschizofreniczna, F20.5 Schizofrenia rezydualna, F20.6 Schizofrenia prosta, F20.8 Schizofrenia innego rodzaju, F20.9 Schizofrenia nieokreślona* [8].

W Polsce najczęściej rozpoznawana jest postać paranoidalna (urojeniowa). Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, którą trzeba leczyć. Zalicza się ją to tzw. zaburzeń psychotycznych (psychoz), czyli stanów wyróżniających się zmiennym, nieadekwatnym postrzeganiem, przeżywaniem, odbiorem i oceną rzeczywistości. Osoba w stanie psychozy ma poważnie zaburzoną umiejętność krytycznej, realistycznej oceny własnej osoby, otoczenia i relacji z innymi, a nawet nie jest do niej zdolna.

Współcześnie schizofrenię rozpoznaje się na podstawie występowania objawów klinicznych. Ważny jest sposób ich pojawiania się, czas pojawiania się oraz ustępowania, także okres utrzymywania się objawów. Schizofrenii nie rozpoznaje się, jeśli objawy zaburzenia utrzymują się krótko, nawet jeśli obraz kliniczny odpowiada tej chorobie [9].

Choroba może przebiegać w różny sposób, najczęściej ma charakter falujący, czyli z okresami zaostrzeń i remisji. Remisje mogą być całkowite i częściowe. Rzadziej przebiega w sposób liniowy (kolejne zaostrzenia dają coraz mniej pełne remisje). Najkorzystniej jest wtedy, gdy zaostrzenia są rzadko, a remisje pełne. Za wyleczenie tej choroby uważa się osiągnięcie pełnej remisji – jednak nadal trzeba brać pod uwagę wystąpienie kolejnego epizodu i akceptować w okresie remisji przyjmowanie leków przeciwpsychotycznych [10].

Obraz kliniczny tej choroby wyróżnia się objawami wytwórczymi pozytywnymi, takimi jak halucynacje i urojenia. Występują również objawy negatywne, np. zaburzenia myślenia czy spłycenie afektywne, jednak pojawiają się one rzadko [11].

Schizofrenia paranoidalna charakteryzuje się licznymi rodzajami urojeń i omamów. Przeważają omamy słuchowe, rzadziej pojawiają się węchowe, czuciowe czy smakowe. Najczęściej występują urojenia prześladowcze lub wielkościowe, o bardzo złożonym charakterze Schizofrenicy paranoidalni często ulegają również urojonej zazdrości z głębokim przekonaniem, że partner seksualny jest im niewierny. Ich postępowanie bywa bardzo sztywne, formalne albo – wręcz przeciwnie - bardzo gwałtowne [12].

Schizofrenia paranoidalna występuje najczęściej u osób powyżej 22. roku życia. Z uwagi na pojawiające się urojenia, chorzy często wymagają hospitalizacji. Jest to jeden z najczęstszych rodzajów schizofrenii, który uniemożliwia normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. Leczenie jej jest skomplikowane, bardzo często potrzebna jest dłuższa pomoc psychiatry. Choroba ta bez odpowiedniego leczenia, bez odpowiedniej pomocy może prowadzić do wykluczenia społecznego [13].

Problemem dla specjalistów zajmujących się osobami dotkniętymi chorobą jest niezdolność chorych do właściwej oceny rzeczywistości. Kontakt z nimi jest utrudniony, wypowiedzi nielogiczne, zachowanie dziwaczne, na prośby nie reagują, mają swoje racje, których się uporczywie trzymają. Dużego wysiłku, czasu i zaangażowania oraz bardzo dużo cierpliwości trzeba poświęcić pacjentowi, który ignoruje to, co się do niego mówi i zazwyczaj niewłaściwie interpretuje słowa terapeuty [14]. Głównym sposobem leczenia schizofrenii jest podawanie leków przeciwpsychotycznych. Istotna rolę odgrywa również psychoterapia, jednak jest mniej przydatna w przypadku ciężkiego przebiegu choroby. Ważne jest, by nie odstawiać leków w pierwszym roku leczenia pierwszego epizodu schizofrenii, naraża to w 60% na powrót choroby. Dwuletnie nieprzerwane leczenie zmniejsza ryzyko powrotu choroby do 15-20%. Ta zasada dotyczy tylko pierwszego epizodu schizofrenii. Istotną rolę odgrywa współpraca pacjenta i nieprzerywanie leczenia. Osoby z większą świadomością choroby chętniej poddają się leczeniu, co zmniejsza ryzyko przerwania terapii. Regularność farmakoterapii jest czynnikiem ograniczającym również negatywne społeczne skutki choroby. Stwierdza się, że przeciętnie 10 osób z otoczenia chorego jest narażonych na konsekwencje choroby danej osoby [15].

W dzisiejszych czasach schizofrenia nadal jest zagadką. Naukowe badania nad schizofrenią prowadzi się już od ponad 100 lat, mimo to nie określono jeszcze konkretnych przyczyn choroby. Choć nadal pozostaje wiele niejasności, naukowcom udało się ustalić pewne czynniki ryzyka, które negatywnie wpływają na powstanie choroby [16].

W społeczeństwie nadal funkcjonuje wyobrażenie, że chory psychicznie to szaleniec biegający z siekierą. Ten stereotyp ma wiele negatywnych konsekwencji. Ludzie zdrowi odsuwają się od chorych, w efekcie czego rodzi się społeczne potępianie dotkniętej chorobą osoby. Chorzy odczuwają je jako bardziej dolegliwe niż sama hospitalizacja.

Zachorowania na schizofrenię warunkowane są czynnikami socjodemograficznymi. Należą do nich: ubóstwo, migracje związane z niepowodzeniami, dyskryminacja, dysfunkcja rodzin, bezrobocie, trudne warunki mieszkaniowe [17]. Ważny jest także czynnik genetyczny (przypadki zachorowań w rodzinie), ale uaktywnia się dopiero pod wpływem innych czynników systemowych, takich jak wzorce komunikowania się w rodzinie, jej struktura, gotowość do budowania więzi, ich jakość. Duży wpływ na wystąpienie choroby mają wstrząsające doświadczenia, np. śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, czy też ciągłe napięcia, stres [18]. W niektórych przypadkach wstrząsające doświadczenia z dzieciństwa, np. molestowanie seksualne, przemoc w rodzinie, również mogą przyczynić się do powstania schizofrenii. Badania wskazują, że zapadalność na to schorzenie związana jest też z rozwojem cywilizacji, czego dowodem jest znikoma liczba zachorowań występujących w społecznościach żyjących na niższym poziomie cywilizacyjnym.

Osoby chore na schizofrenię mają trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi. Problemy z komunikacją utrudniają rozmowę z lekarzem, a tym samym ograniczają właściwą ocenę rozwoju choroby. Objawy pozytywne, które często powracają, mogą sprawiać, że stałe wykonywanie pracy będzie praktycznie niemożliwe dla schizofrenika. Ponadto objawy negatywne, takie jak apatia, niewyraźny i mało dynamiczny sposób wypowiadania się oraz wycofanie, nie sprzyjają odnalezieniu się w środowisku zawodowym. Stres związany z dojazdami do pracy oraz z samą pracą może nasilać objawy. Z tych powodów schizofrenia często staje się barierą nie do przebycia w poszukiwaniu zatrudnienia [19].

Chorzy na schizofrenię często doświadczają bezdomności z uwagi na trudność w dostosowaniu się do życia w jednym domu z innymi ludźmi, pozrywane relacje z rodziną i przyjaciółmi, utratę pracy, chęć ucieczki od ludzi, przekonania paranoidalne i urojenia, brak wsparcia finansowego. Z kolei nadużywanie narkotyków i alkoholu może być wynikiem odrzucenia przez społeczeństwo, braku pracy, bezdomności. Następstwem nadużywania substancji psychoaktywnych może być zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia przemocy, wypadków, ubóstwa finansowego, zaniedbywania wyglądu zewnętrznego. Pacjenci ze schizofrenią nie są z natury agresywni, jednak często tak bywa interpretowane ich zachowanie związane z lękiem lub objawami ubocznymi przyjmowanych leków [20].

Częstym następstwem zachorowania na schizofrenię są zachowania samobójcze. Około 50% osób dotkniętych schizofrenią może próbować popełnić samobójstwo w pewnym okresie choroby. Wraz z naturalnymi przyczynami śmierci, związanymi głównie z chorobami serca i układu krążenia, samobójstwa prowadzą do 2-4-krotnego zwiększenia wskaźnika śmiertelności wśród pacjentów ze schizofrenią [22].

Schizofrenia to choroba trudna do zaakceptowania przez społeczeństwo, czego powodem jest brak wiedzy na jej temat, nieznajomość zasad postępowania w kontaktach z chorymi, reagowania na zmiany w ich zachowaniu, sposób wyrażania emocji, komunikowania się. Życie z chorymi na schizofrenię nie jest łatwe, wymagają troskliwej opieki, co wiąże się wysokimi kosztami zarówno finansowymi, jak i osobistymi ponoszonymi przez opiekunów [21].

Ekonomiczne czynniki odgrywają dużą rolę w leczeniu schizofrenii. Wydatki ponoszone na leczenie choroby można podzielić na koszty związane z leczeniem farmakologicznym i koszty niezwiązane z podawaniem leków. Znikoma część całkowitych kosztów opieki nad pacjentem związanych jest z kosztami leku. Chociaż chorzy na schizofrenię zwykle wymagają pobytu w szpitalu w okresach epizodów psychotycznych, coraz bardziej kładzie się jednak nacisk na to, aby leczyć pacjentów poza szpitalami psychiatrycznymi. Jest to możliwe dzięki lepszej skuteczności leków przeciwpsychotycznych, jak również zmieniających się priorytetów polityki zdrowotnej w zakresie leczenia tych chorych. Aby w pełni ocenić nakłady ekonomiczne związane z leczeniem schizofrenii, do kosztów związanych bezpośrednio z zapewnieniem opieki medycznej należy dodać koszty pośrednie, wynikające

z niezdolności do pracy osoby ze schizofrenią oraz każdego członka rodziny lub opiekuna, który z powodu konieczności sprawowania opieki nad pacjentem zmuszony jest do odejścia z pracy lub ograniczenia zakresu wykonywanej pracy. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do istotnego związku pomiędzy schizofrenią a stanem ubóstwa [23].

Cel

Przeprowadzone badania miały na celu ocenę wpływu czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii paranoidalnej.

Materiał i metoda

Badaniami objęto grupę 50 pacjentów chorych na schizofrenię, przebywających w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Psychiatrycznym w Radecznicy na oddziałach psychiatrycznych. W badaniu brało udział 35 kobiet i 15 mężczyzn. Respondenci to osoby w różnym wieku, o zróżnicowanym wykształceniu. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do lutego 2017 roku. Głównym kryterium wyboru respondentów do badań było kliniczne rozpoznanie schizofrenii.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta posłużyła do określenia charakterystycznych zachowań w grupie badanych osób i uzyskania pożądanych informacji od osób poddanych badaniu.

Kierując się założonymi celami, posłużono się ankietą. W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz. Kwestionariusz ankiety zawierał ogólną instrukcję, w której poinformowano respondentów o celu badań. Narzędzie uzupełniono pytaniami o charakterze metryczkowym, dotyczącymi między innymi płci, wieku, wykształcenia, źródła utrzymania.

Kwestionariusz ankiety składał się z 36 pytań, dotyczyły one:

- danych socjodemograficznych,
- danych odnoszących się do choroby,
- funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w środowisku domowym,
- sytuacji rodzinnej badanego,
- funkcjonowania zawodowego i społecznego chorych na schizofrenię,
- kontaktów społecznych,
- formy wsparcia dla osób chorych na schizofrenię po zakończonej hospitalizacji psychiatrycznej.

Badania przeprowadzono w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu w Radecznicy, na oddziałach IV i V. Oddziały te są oddziałami psychiatrycznymi ogólnymi przyjęciowymi.

Wyniki badań przedstawiono w formie tabel i wykresów. Do opracowania badań posłużono się programem statystycznym IBM SPSS Statistics. W celu zba-

dania zależności pomiędzy dwoma zmiennymi posłużono się testem chi-kwadrat, założony poziom istotności wynosił $p<0,05$.

Badając wpływ czynników socjoekonomicznych na leczenie schizofrenii, uwzględniono zależności pomiędzy:

1. liczbą hospitalizacji
2. miejscem zamieszkania,
3. źródłem utrzymania.

Uzyskane dane stanowiły podstawę do analiz określających problemy chorego na schizofrenię w środowisku domowym, społecznym, jak i zawodowym. Pytania zamieszczone w kwestionariuszu ankiety były związane z przedmiotem i celem pracy. W przedstawionej poniżej analizie wykorzystano wybrane pytania kwestionariusza.

Wyniki i wnioski

W grupie badanych osób, które zamieszkiwały wieś poczucie odrzucenia miało 38,7%. W grupie mieszkańców miast 52,6% badanych miało poczucie odrzucenia przez społeczeństwo. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 1).

Tabela 1. Miejsce zamieszkania a poczucie odrzucenia przez społeczeństwo

Poczucie odrzucenia przez społeczeństwo	Miejsce zamieszkania		Ogółem
	Wieś	Miasto	
Tak	12	10	22
	38,7%	52,6%	44,0%
Nie	19	9	28
	61,3%	47,4%	56,0%
Ogółem	31	19	50
	100,0%	100,0%	100,0%
chi-kwadrat=0,488; df=1; p=0,503			

Źródło: badania własne.

W grupie osób, które były hospitalizowane 1-2 razy 38,1% badanych miało poczucie odrzucenia przez społeczeństwo. W grupie osób hospitalizowanych od 3 do 4 razy 44,4% badanych miało poczucie odrzucenia przez społeczeństwo. Z kolei wśród hospitalizowanych 5 i więcej razy 54,5% badanych miało poczucie odrzucenia przez społeczeństwo. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 2).

Tabela 2. Liczba hospitalizacji a poczucie odrzucenia przez społeczeństwo

Poczucie odrzucenia przez społeczeństwo	Liczba hospitalizacji			Ogółem
	1-2 hospitalizacje	3-4 hospitalizacje	5 i więcej hospitalizacji	
Tak	8	8	6	22
	38,1%	44,4%	54,5%	44,0%
Nie	13	10	5	28
	61,9%	55,6%	45,5%	56,0%
Ogółem	21	18	11	50
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
chi-kwadrat=0,795; df=2; p=0,672				

Źródło: badania własne.

W grupie osób, które zamieszkiwały wieś, bardzo dobrze lub dobrze sytuację materialną oceniało 25,8% badanych, źle lub bardzo źle 74,2%. W grupie mieszkańców miast bardzo dobrze lub dobrze sytuację materialną oceniało 42,1% badanych, źle lub bardzo źle 57,9%. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 3).

Tabela 3. Miejsce zamieszkania a ocena sytuacji materialnej badanych

Sytuacja materialna	Miejsce zamieszkania		Ogółem
	Wieś	Miasto	
Bardzo dobra/ dobra	8	8	16
	25,8%	42,1%	32,0%
Bardzo zła/ zła	23	11	34
	74,2%	57,9%	68,0%
Ogółem	31	19	50
	100,0%	100,0%	100,0%
chi-kwadrat=0,787; df=1; p=0,375			

Źródło: badania własne.

W grupie osób, które zamieszkiwały wieś 61,3% badanych regularnie przyjmowało leki. W grupie mieszkańców miast 84,2% badanych regularnie przyjmowało leki. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 4).

Tabela 4. Miejsce zamieszkania a regularne przyjmowanie leków

Regularne przyjmowanie leków	Miejsce zamieszkania		Ogółem
	Wieś	Miasto	
Tak	19	16	35
	61,3%	84,2%	70,0%
Nie	12	3	15
	38,7%	15,8%	30,0%
Ogółem	31	19	50
	100,0%	100,0%	100,0%
chi-kwadrat=1,957; df=1; p=0,162			

Źródło: badania własne.

Ze wsparcia porad rodzinnych dla osób chorych na schizofrenię korzystało 26% rodzin badanych (tabela 5).

Tabela 5. Korzystanie przez rodzinę ze wsparcia porad rodzinnych dla osób chorych na schizofrenię

Korzystanie przez rodzinę ze wsparcia	n	%
Tak	13	26,0
Nie	37	74,0
Ogółem	50	100,0

Źródło: badania własne.

W grupie osób, które zamieszkiwały wieś 83,9% badanych deklarowało utrzymywanie kontaktów z rodziną podczas hospitalizacji. W grupie mieszkańców miast utrzymywanie kontaktów z rodziną podczas hospitalizacji deklarowało 68,4% badanych. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 6).

Tabela 6. Miejsce zamieszkania a utrzymywanie kontaktów z rodziną podczas hospitalizacji

Utrzymywanie kontaktów z rodziną podczas hospitalizacji	Miejsce zamieszkania		Ogółem
	Wieś	Miasto	
Tak	26	13	39
	83,9%	68,4%	78,0%
Nie	5	6	11
	16,1%	31,6%	22,0%
Ogółem	31	19	50
	100,0%	100,0%	100,0%
chi-kwadrat=0,862; df=1; p=0,353			

Źródło: badania własne.

Wnioski

1. Osoby często hospitalizowane i zamieszkujące miasto czuły się najbardziej odrzucone przez społeczeństwo.
2. Wykonywanie pracy zarobkowej pozytywnie wpływało na życie towarzyskie chorych na schizofrenię.
3. Osoby zamieszkujące wieś i pracujące zawodowo częściej określały swoją sytuację materialną jako bardzo złą.
4. Osoby pracujące i zamieszkujące miasto częściej regularnie przyjmowały leki.
5. Rodziny osób chorych bezrobotnych najczęściej korzystały ze wsparcia oraz porad rodzinnych.
6. Osoby zamieszkujące wieś miały lepszy kontakt z rodziną podczas hospitalizacji.

Piśmiennictwo

1. Jarosz M. Podstawy psychiatrii. PZWL, Warszawa 1988, s. 82.
2. Kępiński A. Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1981, s. 1.
3. Szczepański J. Elementarne pojęcia socjologii. PWN, Warszawa 1972.
4. Dawid A. Tomb. Psychiatria. Wyd. I. Red. S. Sidorowicz. Wyd. Medyczne, Wrocław 1998, s. 19.
5. Słowik S. Badania biochemiczne w schizofrenii. PZWL, Warszawa 1971, s. 41.
6. Tyszka Z. Socjologia rodziny. PWN, Warszawa 1972, s. 62.
7. Majczak A. Psychiatria kliniczna. Skrypt dla studentów wydziału lekarskiego i pielęgniarskiego. Akademia Medyczna, Lublin 1976.
8. Kępiński A. Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1981, s. 5.
9. Jarosz M. Lekarz Psychiatra i jego pacjent. PZWL, Warszawa 1982, s. 23.
10. Korzeniowski L., Pużyński S. Encyklopedyczny słownik psychiatrii. Wyd. III. PZWL, Warszawa 1986, s.55.
11. Barbaro B., Ostoja-Zawadzka K. Poradnik dla rodzin pacjentów leczonych w Klinice Psychiatrii Dorosłych, AM w Krakowie, Kraków 1986. s. 24.
12. Bilikiewicz A., Strzyżewski W. Psychiatria. PZWL, Warszawa 1992, s. 57.
13. Bilikiewicz A. Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 1998, s. 34.
14. Bilikiewicz A., Psychozy schizofreniczne. PZWL, Warszawa 1992.
15. Bilikiewicz A., Landowski J., Radziłowicz P. Psychiatria – repetytorium. PZWL, Warszawa 1999.
16. Barbaro B. Brzemię rodziny w schizofrenii. Wyd. Alter, Kraków 1992.
17. Talliński T. Zrozumieć, zaakceptować pacjentów i pomóc. Poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię. Jansen-Cilag, Warszawa 1997.
18. Aleksandrowicz J. Psychologia i psychiatria. PZWL, Warszawa 1988.
19. Brodniak W. Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych. PZWL, Warszawa 1985.

20. Kępiński A. Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii dynamicznej. PZWL, Warszawa 1989.
21. Szczepański J. Elementarne pojęcia socjologii. PWN, Warszawa 1972.
22. Brodniak W. Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych. PZWL, Warszawa 1985.
23. Tyszkowska M., Jarema M. Między zdrowiem a schizofrenią. Psychiatria Polska 2013, t. XLVII, 4: 587–597.

Effect of socio-economic factors on the treatment of paranoid schizophrenia

Patrycja Kudyk[1] , Lech Panasiuk[1]
[1] University of Economy and Innovation, Faculty of Health Sciences

► **S u m m a r y :**
Introduction. In the relevant literature, the term schizophrenia is not clearly defined because this disease is not specifically defined, but a syndrome of psychotic disorders; hence, the term 'schizophrenic psychosis' is very frequently used. Usually, the family is the first to notice alarming behaviours. A person ill with schizophrenia begins to behave differently, has unusual experiences, is accompanied by fear, or even there may occur aggression.
In society there still persists the perception that a mentally ill person is a madman who runs with an axe wanting to kill everyone, and this has many negative consequences. Healthy people cringe away from those who are ill and, in consequence, public condemnation arises of the person afflicted by the disease. Treating people this way is not only hurtful, but also causes many negative effects for the ill person. Frequently, such a person finds it more difficult to endure such treatment than the sole hospitalization. Socio-economic factors exert a great effect on schizophrenia. These are: poverty, migrations related with failure, discrimination, family dysfunction, unemployment, and difficult lodging conditions. Every year, an advancement in medical sciences brings us hope that the fate of patients suffering from schizophrenia will improve, and the stigmatization which they must bear will go down in history.
Objective. The objective of the study was to assess the effect of socio-economic factors on the treatment of paranoid schizophrenia.
Materials and Method. The study included 50 patients treated in the Psychiatric Hospital in Radecznica; mean age 26 years, and was conducted at the end of January and beginning of February 2017, using a questionnaire consisting of 36 items.
Results and Conclusions. Patients who were frequently hospitalized and those living in urban areas felt more rejected by the society. The performance of earning activity exerted a positive effect on the social life of patients with schizophrenia. Rural inhabitants and patients who were occupationally inactive more often described their material standard as very poor. Patients who were occupationally active and lived in urban areas took medicines more regularly. Families of unemployed – patients more frequently used family support and advice. Rural inhabitants had a better contact with their family during hospitalization.

► **K e y w o r d s :** socio-economic factors, paranoid schizophrenia, treatment.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 65–75

Deficyt samoopieki u chorych we wczesnym stanie po złamaniu szyjki kości udowej

Marzena Furmanek[1], Eliasz Dacka[1]
[1] Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Zdrowiu

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Złamanie szyjki kości udowej to typowe uszkodzenie występujące często u ludzi starszych. Przyczyną może być niewinnie wyglądający upadek, czy potknięcie się na chodniku. W wyniku urazu pacjenci odczuwają silny ból i tracą zdolność samoopieki. Pacjent we wczesnym stanie po złamaniu szyjki kości udowej znajduje się w wyjątkowo trudnej sytuacji, ponieważ oprócz znacznego bólu odczuwa lęk przed leczeniem i niepokój o swój dalszy los. Zadaniem pielęgniarki jest fizyczne i psychiczne przygotowanie chorego do planowanej operacji. Równie ważne są: właściwa pielęgnacja przedoperacyjna i pooperacyjna, przekonanie pacjenta o potrzebie leczenia i rehabilitacji.
Cel. Celem pracy była ocena wpływu deficytu samoopieki na samopoczucie pacjentów we wczesnym okresie po złamaniu szyjki kości udowej.
Materiał i metody. Grupa badana liczyła 67 pacjentów we wczesnym okresie po złamaniu kości szyjki udowej leczonych operacyjnie metodą endoprotezoplastyki. Wśród badanych znalazły się 43 kobiety (64%) i 24 (36%) mężczyzn. W grupie wiekowej od 45 do 50 lat było 11 osób ze złamaniem (16%), w wieku od 51 do 60 lat – 14 osób (21%), w wieku od 61 lat do 70 lat – 24 osoby (36%), natomiast osób powyżej 70 lat – 18 (27%). 25 osób (37%) przed urazem było aktywnych zawodowo, natomiast 42 osoby (63%) zadeklarowały brak aktywności zawodowej. Dla celów pracy został opracowany anonimowy kwestionariusz ankiety, złożony z 25 pytań zamkniętych. Badanie przeprowadzono w Zamojskim Szpitalu Niepublicznym w okresie od 02.02.2014 r. do 01.02.2015 r.
Wyniki i wnioski. Wśród ankietowanych przeważały kobiety (64%), mniejszą grupę stanowili mężczyźni (36%). Największa liczba pacjentów (24 osoby) była w wieku 61–70 lat. Aż 69% zadeklarowało brak aktywności fizycznej przed zabiegiem endoprotezoplastyki. W badaniach własnych 84% badanych odpowiedziało, że odczuwa ból po zabiegu operacyjnym. Natomiast w pytaniu o stopień jego nasilenia większość badanych deklarowała niewielki i umiarkowany ból. Pacjenci w większości (79%) zadeklarowali przeciętne i złe samopoczucie w trakcie hospitalizacji. Postawiono również pytania o nastrój pacjentów przed zabiegiem i po nim. Większy odsetek pacjentów (74%) ocenił swój nastrój jako zły i wyrównany po zabiegu operacyjnym, natomiast nastrój przed zabiegiem jako zły (72%). Unieruchomienie, ból i zależność od innych osób wpływają na złe samopoczucie pacjentów. Deficyt samoopieki powoduje, że pacjenci nie dostrzegają pozytywnych skutków leczenia.
►**Słowa kluczowe:** deficyt samoopieki, endoprotezoplastyka, samopoczucie pacjentów.

Wprowadzenie

Definicję deficytu samoopieki zbudowała Dorothea Orem (1914–2007). Autorka żyła w Stanach Zjednoczonych w Baltimore. W latach trzydziestych uzy-

skała tytuł pielęgniarki, a następnie stopień magistra na Katolickim Uniwersytecie Ameryki. Pracowała jako pielęgniarka i nauczycielka pielęgniarstwa. Będąc konsultantem na Wydziale Zdrowia, Edukacji i Spraw Socjalnych, uczestniczyła w projekcie poprawy praktycznej nauki zawodu pielęgniarki. Dzięki tej pracy Orem zaczęła poszukiwać odpowiedzi na pytanie o czynniki decydujące o zapotrzebowaniu człowieka na pomoc innych ludzi. Wówczas powstało pojęcie samoopieki i pierwsza koncepcja pracy nad modelem samoopieki, która była rozwijana przez ponad 30 lat. D. Orem opublikowała liczne prace, w tym „Nursing concepts of practice" („Koncepcja praktyki pielęgniarskiej"). W książce tej opisała własną koncepcję pielęgnowania. Jej dorobek naukowy wyróżniono wieloma honorowymi tytułami, m. in. doktora honoris causa [1]. Teoria samoopieki D. Orem obejmuje 3 komponenty: teorię samoopieki, teorię deficytu samoopieki i teorię systemów pielęgnowania [2].

Teoria samoopieki

Jej podstawowym założeniem jest przekonanie, człowiek posiada naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie samemu oraz opiekowania się osobami od niego zależnymi. Autorka określa samoopiekę jako wyuczoną aktywność, którą człowiek podejmuje w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Jeśli jest prawidłowo realizowana, prowadzi do właściwego rozwoju człowieka. Zdolność do samoopieki zależy od wielu czynników, m.in.: wieku, płci, etapu rozwoju, środowiska. Samoopieka jest realizowana porzez zaspokojenie określonych potrzeb. Orem wyróżnia 3 kategorie tych potrzeb: uniwersalne, rozwojowe, specyficzne.

Potrzeby uniwersalne dotyczą codziennych aktywności i są wspólne dla wszystkich ludzi. Należą do nich:

- zapewnienie odpowiedniej ilości powietrza i płynów,
- prawidłowe odżywianie,
- wydalanie,
- utrzymanie równowagi pomiędzy aktywnością a odpoczynkiem,
- zapobieganie sytuacjom zagrażającym zdrowiu i życiu,
- dążenie do własnego rozwoju [3].

Potrzeby rozwojowe związane są z utrzymaniem życia i zdrowia w poszczególnych etapach rozwojowych.

Specyficzne potrzeby występują w sytuacjach niekorzystnych dla rozwoju jednostki, takich jak uciążliwe warunki życia, utrata krewnych, utrata własności itp. Potrzeby w zaburzeniach stanu zdrowia, związane z leczeniem i jego następstwami to:

- poszukiwanie i zabezpieczenie pomocy medycznej,
- świadomość następstw stanów patologicznych,
- świadomość przestrzegania zaleceń lekarskich,

- modyfikowanie koncepcji siebie, akceptacja zależności,
- uczenie się życia z następstwami choroby [4].

Teoria deficytu samoopieki

Teoria deficytu samoopieki określa, kiedy człowiek wymaga pomocy w samoopiece. Według Orem opieka pielęgniarska jest potrzebna wówczas, gdy osoba dorosła lub dziecko są z różnych powodów niezdolne do zapewnienia sobie efektywnej samoopieki i gdy istnieje zwiększone zapotrzebowanie na samoopiekę, czyli zaburzenie stanu zdrowia. W takiej sytuacji pacjent staje się biorcą opieki, a rolą pielęgniarki jest asystowanie mu w samoopiece. W procesie tym wykorzystywanych jest kilka metod [5].

1. Działanie dla i za pacjenta – metodę tę stosuje się, gdy u pacjenta występują duże deficyty samoopieki. Pielęgniarka przejmuje czynności pielęgnacyjne, których pacjent nie może wykonać. Wiąże się to z podejmowaniem decyzji za pacjenta i ponoszeniem za niego odpowiedzialności. Metoda ta powinna być zastępowana innymi tak szybko, jak to możliwe.
2. Kierowanie, doradzanie, udzielanie wskazówek – metodę tę stosuje się, gdy pacjent ma problem z wyborem odpowiednich dla siebie rozwiązań. Pielęgniarka pokazuje wady i zalety poszczególnych wyborów, a pacjent wybiera rozwiązanie.
3. Udzielanie wsparcia – obejmuje wsparcie emocjonalne (stwarzanie warunków do swobodnego wyrażania swoich myśli i emocji) i wartościujące (stwarzanie poczucia, że osoba jest kimś ważnym). Do tej metody zalicza się również wsparcie instrumentalne, czyli pomoc w konkretnej sprawie, np. zorganizowanie dostępu do materaca przeciwodleżynowego.
4. Stwarzanie środowiska sprzyjającego rozwojowi człowieka – obejmuje budowanie
5. atmosfery bezpieczeństwa, szacunku, akceptacji oraz zapewnienie odpowiednich warunków materialnych.
6. Uczenie – metodę stosuje się, gdy występują deficyty wiedzy w obszarze samoopieki. Należy rozpoznać poziom wiedzy pacjenta oraz jego motywację [6].

Teoria systemów pielęgnowania

W zależności od rozległości deficytu samoopieki i zakresu pomocy, jakiej należy pacjentowi udzielić, Orem wyróżnia trzy systemy pielęgnowania.

1. System całkowicie kompensacyjny – jest stosowany w opiece nad pacjentami z dużym deficytem w samoopiece. Przeważa metoda działania „za" pacjenta.
2. System częściowo kompensacyjny – polega na asystowaniu pacjentowi w wykonywaniu tych czynności, do których nie jest w pełni zdolny.

3. System wspierająco-edukacyjny – stosowany u pacjentów, którzy nie posiadają wystarczającej wiedzy lub motywacji do zapewnienia sobie samoopieki [1].

Istota deficytu samoopieki po złamaniu szyjki kości udowej

Po złamaniu szyjki kości udowej pacjent może potrzebować pomocy w obszarach: fizycznym i psychicznym, a także w czynnościach samoobsługi i samopielęgnacji. Zadaniem pielęgniarki jest wykonywanie zaleceń lekarskich, realizowanie zaplanowanych zadań oraz reagowanie na bieżące potrzeby pacjenta [7].
Jeśli u pacjenta występuje ból, pielęgniarka powinna:

- przeprowadzić wywiad, który określi lokalizację oraz nasilenie bólu (w skali VAS od 1-10), a także czynniki, które wyzwalają ból;
- wyposażyć łóżko w odpowiedni materac;
- ułożyć pacjenta w wygodnej, odpowiedniej pozycji w łóżku;
- zastosować udogodnienia, aby zapewnić pozycję odciążającą;
- zachęcać do częstych zmian pozycji ciała, o ile jest to możliwe;
- podawać zalecone przez lekarza leki.

U pacjenta z deficytem samoopieki pielęgniarka powinna:

- ocenić sprawność fizyczną pacjenta;
- zaplanować przygotowanie otoczenia do samodzielności chorego;
- umożliwić wykonywanie czynności w tak długim czasie, jakiego potrzebuje;
- pomagać w wykonywaniu czynnych, biernych, oporowych i izometrycznych ćwiczeń;
- pomagać w zmianie pozycji ciała w łóżku;
- zastosować udogodnienia, co zminimalizuje dyskomfort pacjenta;
- zadbać o higienę, stosować toaletę ciała;
- oklepywać, masować pacjenta;
- zadbać o czystość i wygodę łóżka oraz wyposażenie go w materac przeciwodleżynowy;
- codziennie zmieniać bieliznę osobistą chorego, a także wtedy, gdy zachodzi potrzeba;
- pomagać w podaniu posiłków (nakarmieniu, oraz przyjęciu leków)[8].

U chorego z ryzykiem powstania odleżyn na skutek unieruchomienia pielęgniarka powinna:

- zastosować materace zmiennociśnieniowe dynamiczne, podkłady przeciwodleżynowe;
- zastosować udogodnienia (poduszki, kliny, wałki);
- zmieniać pozycję ciała co 2 godziny;
- wykonywać dokładną toaletę ciała;
- zastosować odpowiednie kremy, np. Sudocrem;
- nacierać skórę (oliwki, kremy, talki);

- oklepywać miejsca, które są narażone na ucisk.

U pacjenta z obniżeniem nastroju pielęgniarka powinna:

- przeprowadzić szczerą i serdeczną rozmowę z chorym;
- stworzyć atmosferę zaufania oraz życzliwości;
- wyjaśnić wątpliwości, które trapią chorego;
- zapewnić stałą opiekę [9;10].

We wczesnej fazie po zabiegu operacyjny pacjenci wciąż odczuwają ból, deficyt samoopieki jest często jeszcze większy niż przed nim. Ta sytuacja wpływa na obniżenie ich samopoczucia. Stąd wynika również znacząca rola pielęgniarki, która powinna towarzyszyć pacjentowi w tym okresie niemal nieustannie. Obecność personelu medycznego przy pacjencie może wpływać na ocenę jakości całego procesu leczenia.

Cel

Celem pracy jest ocena wpływu deficytu samoopieki na samopoczucie pacjentów we wczesnym okresie po złamaniu szyjki kości udowej.

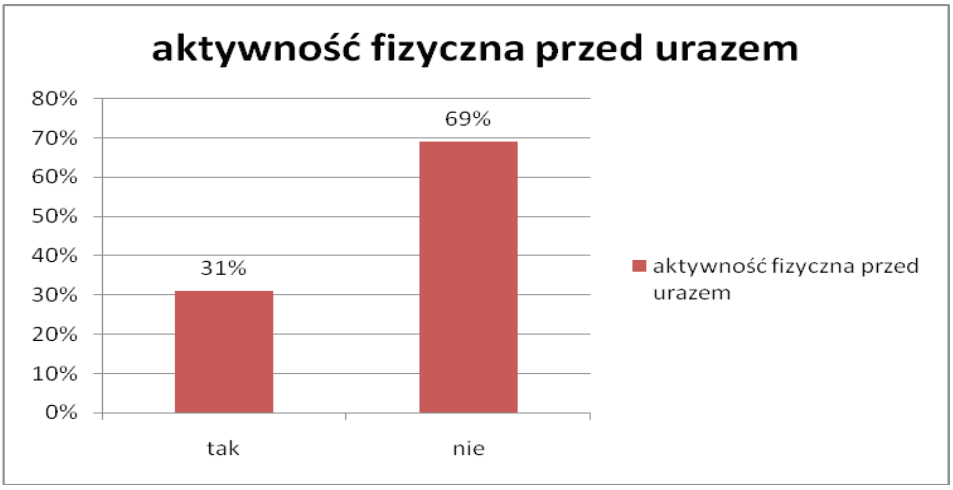
Materiał i metoda

W grupie badanej znalazło się 67 pacjentów we wczesnym okresie po złamaniu kości szyjki udowej (leczonych operacyjnie metodą endoprotezoplastyki), w tym 43 kobiety (64%) i 24 (36%) mężczyzn. Mieszkańcy wsi to 58% badanych (39 osób), natomiast 42% (28 osób) to osoby mieszkające w mieście. W grupie wiekowej od 45 do 50 lat było 11 osób ze złamaniem (16%), w wieku od 51 do 60 lat – 14 osób (21%), w wieku od 61 lat do 70 lat – 24 osoby (36%), natomiast osób powyżej 70 lat – 18 (27%). Wykształcenie podstawowe posiadało 21 osób (31%), wykształcenie średnie – 14 osób (21%), wykształcenie zasadnicze zawodowe zadeklarowały 22 osoby (33%), natomiast wykształcenie wyższe – 10 osób (15%). Wśród badanych pacjentów 25 osób przed urazem było aktywnych zawodowo (37%), natomiast 42 osoby zadeklarowały brak aktywności zawodowej (63%).

W pracy posłużono się sondażem diagnostycznym jako metodą badawczą. Zastosowano technikę ankiety. Opracowano kwestionariusz zawierający 25 pytań zamkniętych, który badani wypełniali anonimowo. Wszyscy pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Zawarte w kwestionariuszu pytania dotyczyły: płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, samopoczucia w trakcie hospitalizacji, subiektywnej oceny jakości życia, nasilenia bólu oraz oceny opieki medycznej. Badanie przeprowadzono w Zamojskim Szpitalu Niepublicznym w okresie od 02.02.2014 r. do 01.02.2015 r.

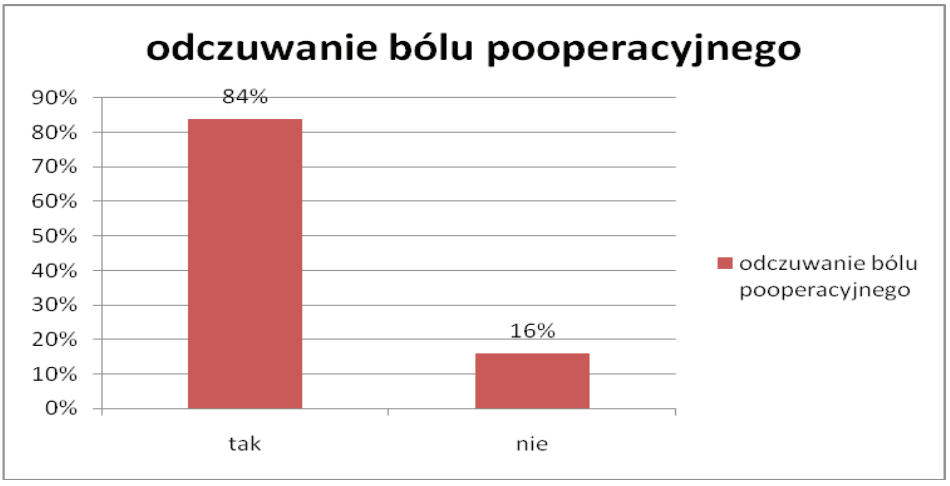
Wyniki i wnioski

31% (21 osób) ankietowanych zadeklarowało, że przed urazem było aktywnych fizycznie, pozostali ankietowani 69% (46 osób) przed urazem nie byli aktywni fizycznie (rycina 1).



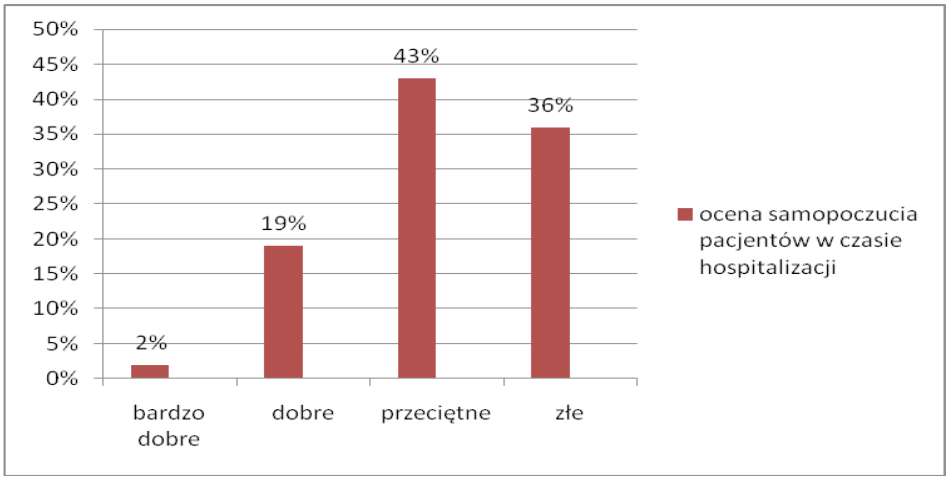
Rycina 1. Deklarowana przez pacjentów aktywność fizyczna przed urazem. Źródło: badania własne.

Na pytanie o ból pooperacyjny 56 na 67 ankietowanych (84%) wskazało, że odczuwa ból po zabiegu operacyjnym. Pozostałych 11 osób (20%) nie odczuwało bólu po zabiegu (rycina 2).



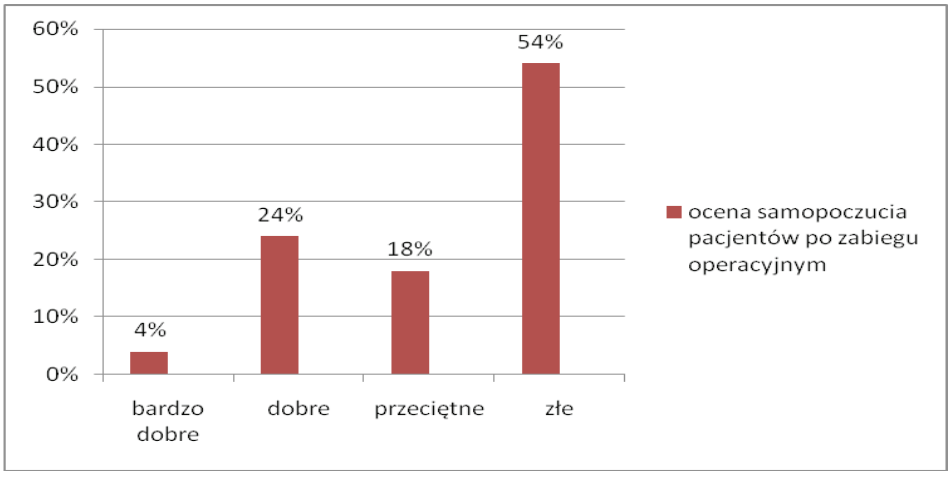
Rycina 2. Deklaracje pacjentów co do odczuwania bólu pooperacyjnego. Źródło: badania własne.

Na pytanie o samopoczucie 1 osoba (2% ankietowanych) stwierdziła, że jej samopoczucie w trakcie hospitalizacji jest bardzo dobre, 19% badanych (13 osób) zaznaczyło dobre samopoczucie, 43% (29 osób) wskazało przeciętne samopoczucie, natomiast złe 36% (24 osoby). Wyniki przedstawia rycina 3.

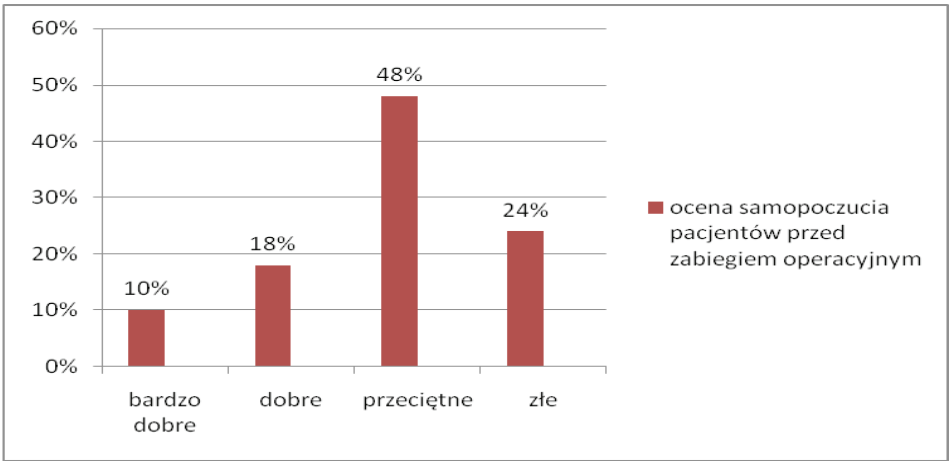


Rycina 3. Deklarowane przez pacjentów samopoczucie w trakcie hospitalizacji. Źródło: badania własne.

Bardzo dobry nastrój po zabiegu operacyjnym miało 4% ankietowanych (3 osoby), dobry 24% (16 osób), wyrównany 18% (12 osób), a zły 54% – 36 osób (rycina 4). Jednocześnie bardzo dobry nastrój przed zabiegiem operacyjnym miało 10% populacji (7 osób), natomiast dobry 18% ankietowanych (12 osób), wyrównany 48% (32 osoby), a zły 24%, czyli 16 osób (rycina 5).

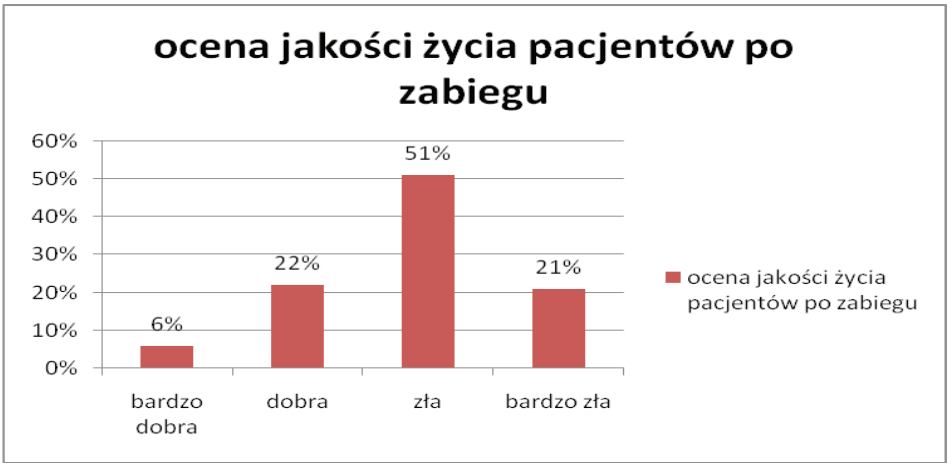


Rycina 4. Deklarowane przez pacjentów samopoczucie po zabiegu operacyjnym. Źródło: badania własne.



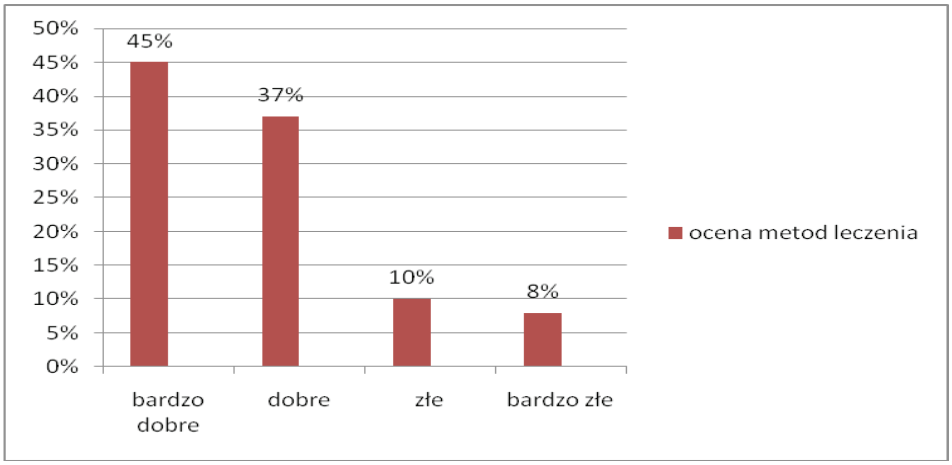
Rycina 5. Deklarowane przez pacjentów samopoczucie przed zabiegiem operacyjnym. Źródło: badania własne.

Wśród badanych 21% (14 osób) określiło swoją jakość życia po zabiegu jako bardzo złą, a 51% (34 ankietowanych) uznało ją za złą. Natomiast na dobrą jakość życia wskazało 22% badanych (15 osób), a na bardzo dobrą 4 osoby, co stanowiło 6% grupy (rycina 6).



Rycina 6. Ocena jakości życia pacjentów po zabiegu. Źródło: badania własne.

Ankietowani w 45% (30 osób) odpowiedzieli, że bardzo dobrze oceniają stosowane metody leczenia, 37% badanych (25 odpowiedzi) uznało stosowane metody za dobre. 10% badanych odpowiedziało, że stosowane metody są złe, natomiast oceny bardzo złe wskazało 8% grupy, czyli 5 osób (rycina 7).



Rycina 7. Ocena metod leczenia przez pacjentów. Źródło: badania własne.

Wnioski

W oparciu o przeprowadzone badania ustalono:

1. Większość badanych zadeklarowała, że przed zabiegiem nie była aktywna fizycznie.
2. Większość badanych odpowiedziała, że odczuwa ból po zabiegu operacyjnym.
3. Badani pacjenci w większości ocenili swoje samopoczucie w trakcie hospitalizacji jako złe lub przeciętne.
4. Pacjenci w większości zadeklarowali pogorszenie nastroju po zabiegu endoprotezoplastyki.
5. Ankietowani w większości określili swoją aktualną jakość życia jako złą i bardzo złą.
6. Większość pacjentów oceniła stosowane metody leczenia jako dobre i bardzo dobre.

Podsumowanie

Pacjenci przebywający na oddziale odczuwają lęk przed zabiegiem, są poddawani wielu badaniom. Zostają postawieni w nowej sytuacji i zdani na pomoc personelu medycznego. Personel pielęgniarski przez swoją stałą obecność przyczynia się do poprawy stanu emocjonalnego chorego po operacji. Chory odczuwa ulgę, wiedząc, że jest bezpieczny i znajduje się pod troskliwą opieką. Personel pielęgniarski powinien rozumieć stan psychiczny pacjenta i ułatwić mu przejście przez trudną sytuację, w której się znalazł.

Piśmiennictwo

1. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K. Podstawy pielęgniarstwa. Czelej 2004, s. 134–144.
2. Mielniczek D., Wodzińska M. Teoretyczne modele pielęgniarstwa. Prace i Materiały – Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie 2010, s. 8.
3. Szewczyk M. i in. Modele opieki pielęgniarskiej. Przewodnik Lekarski 2005, 2: 82–86.
4. Cierzniakowska K. i in. Analiza deficytu samoopieki u chorych ze stomią w oparciu o teorię pielęgniarstwa Dorothy Orem. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 1, s. 16–22.
5. Widomska-Czekajska T. i in. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. PZWL, Warszawa 2010, s. 236.
6. Balcerek D., Kurowska K. Model opieki według teorii Doroty Orem. Odzyskać witalność. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 15,05/2007, s. 18.
7. Rocławski M. i in. Prospektywne badanie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u pacjentów po alloplastyce całkowitej stawu biodrowego w 2-letnim okresie obserwacji. Annales Academiae Medicae Gedanensis 2009, 39, s. 115–116.
8. Borowicz B. i in. Codzienne funkcjonowanie i jakość chodu u pacjentów po całkowitej artroplastyce stawu biodrowego. Pielęgniarstwo XXI Wieku, 1 (38)/2012.
9. Dudziak D. Wpływ aktywności fizycznej na parametry morfologiczne i psychologiczne wśród seniorek aktywnych i nieaktywnych fizycznie. Postępy Rehabilitacji 2010; 24(3).
10. Dziekońska M. i in. Pielęgnowanie pacjenta po endoprotezoplastyce stawu biodrowego**.** Hygeia Public Health 2013, 48(3).

Self-care deficit among patients in early period after femoral neck fracture

Marzena Furmanek[1], Eliasz Dacka[1]

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

► **S u m m a r y :**

Introduction. Fracture of the femoral neck is a typical injury which frequently occurs in the older population. The cause may be an innocent-looking fall, or tripping on a pavement. As a result of injury the patients experience strong pain and lose the capability for self-care. During the early period after fracture of the femoral neck, patients are in an exceptionally difficult situation, because apart from strong pain they fear treatment, and experience anxiety about their further fate. The task of a nurse is physical and psychological preparation of a patient for the planned surgery. Proper pre- and postoperative nursing care, and convincing a patient about the need for treatment and rehabilitation are equally important.

Objective. The objective of the study was evaluation of the effect of self-care deficit on the wellbeing of patients during the early period after fracture of the femoral neck.

Materials and Method. The study group included 67 patients in the early period after femoral neck fracture surgically treated by the method of endoprosthesoplasty – 43 (64%) females and 24 (36%) males. In the group of patients aged 45-50 there were 11 with the fracture, i.e. 6%, while among those aged 51-60 – 14 (21%), among patients aged 61-70 – 24 (36%), and in the group aged over 70-18 patients (27%). Before the injury, 25 of the patients were occupationally active (37%), while 42 patients (63%) reported the lack of occupational activity. An anonymous questionnaire was designed for the purpose of the study, which consisted of 25 closed questions. The study was conducted in the Non-Public Hospital in Zamość during the period from 2 February 2014 – 1.February 2015.

Results and Conclusions. As many as 64% of the respondents were females and 36% were males. The largest number of patients (24), were aged 61 – 70; 69% of the patients declared that prior to the endoprosthesoplasty they were physically inactive. In own study, 84% of the respondents replied that they experienced pain after the surgical procedure; however, when asked about its intensity the majority of patients declared that this pain was low or moderate. The largest number of patients (79%) mentioned that their wellbeing during hospitalization was average or poor. They were also asked about their mood prior to and after the surgery. A high percentage of respondents (74%) evaluated their mood as low and balanced after the surgical procedure, while before the surgery 72% of patients indicated that their mood was low. Immobilization, pain, and dependence on others exerted a negative effect and resulted in the patients' poor wellbeing. Because of self-care deficit the patients did not perceive positive effects of treatment.

► **K e y w o r d s :** self-care deficit, endoprosthesoplasty, patients' wellbeing.

ASPEKTY ZDROWIA I CHOROBY
Tom 2, Nr 3, Rok 2017, s. 77–91

Poziom wiedzy rodziców na temat wybranych chorób pasożytniczych u dzieci w wieku przedszkolnym

Agata Nieśpiał[1], Lech Panasiuk[1]

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

►**Streszczenie:**
Wprowadzenie. Pasożytami jelitowymi może zarazić się każde dziecko. Ma je co szósty siedmiolatek. Państwowy Zakład Higieny przebadał ponad 30 tys. polskich pierwszoklasistów pod kątem obecności różnych pasożytów jelitowych. Okazało się, że co szósty ma owsiki, lamblie, glisty ludzkie. Oznacza to, że przynajmniej troje, czworo maluchów jest potencjalnym źródłem zakażenia dla kolegów.
Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy rodziców na temat wybranych chorób pasożytniczych u dzieci w wieku przedszkolnym.
Materiał i metody. Badania na potrzeby pracy przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i objęto nimi 103 rodziców, którzy wraz z dziećmi przebywali w Oddziale Dziecięcym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Lublinie.
Wyniki i wnioski. Zdecydowanie większa liczba kobiet niż mężczyzn, a ponadto osoby z wyższym wykształceniem, osoby zamieszkałe w mieście znały drogi zakażenia pasożytami, miejsca bytowania pasożytów, objawy świadczące o chorobie pasożytniczej. Wskazane grupy badanych były też zdania, że choroby pasożytnicze są częstymi chorobami wieku dziecięcego dającymi groźne powikłania. Kobiety częściej niż mężczyźni uważali, że choroby pasożytnicze dają ciężkie i groźne powikłania. Zdecydowana większość badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, wiedziała, że ból i wzdęcia brzucha, biegunka oraz niestrawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami. Tylko połowa mężczyzn wskazała, że o zakażeniu lambliami może świadczyć wysypka. Zdaniem większości badanych kobiet i mężczyzn świąd, przeczosy i strupy na bocznych powierzchniach palców skóry, świąd fałdów skórnych i pośladków mogą świadczyć o zakażeniu świerzbem. Większość kobiet oraz osób z wyższym wykształceniem uważa, że leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę. Większość badanych kobiet była zdania, że raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza nie daje odporności, wśród mężczyzn nieco ponad połowa wyrażała taką opinię.
►**Słowa kluczowe:** dzieci w wieku przedszkolnym, rodzice, wiedza, choroby pasożytnicze.

Wprowadzenie

Pasożyt to organizm roślinny lub zwierzęcy żyjący i rozwijający się na innym organizmie. Pasożytami są wszystkie wirusy, niektóre bakterie, grzyby, rośliny i zwierzęta. Pasożyty dzieli się na bezwzględne (tzw. obligatoryjne), które żyją i rozwijają się tylko w tkance innego organizmu, i względne (tzw. fakultatywne) żyjące i rozwijające się zarówno w żywym, jak i w martwym organizmie [1;2;3].

Pasożyty mogą żyć na powierzchni ciała żywiciela (tzw. pasożyty zewnętrzne) albo w jego wnętrzu (tzw. pasożyty wewnętrzne). Stanowią ważny element każdego ekosystemu. Wydzielają toksyczne produkty przemiany materii, które wywołują zaburzenia procesów metabolicznych żywiciela oraz różne choroby, a także niszczą komórki gospodarza [4;5].

Człowiek może być nosicielem ponad 300 różnych pasożytów, zaczynając od mikroskopijnych, a kończąc na dużych, dorastających do kilku metrów tasiemców [1].

Wbrew powszechnemu mniemaniu pasożyty nie występują tylko w jelitach, lecz także w każdej innej części naszego ciała: w płucach, wątrobie, mięśniach, przełyku, mózgu, we krwi, skórze, na włosach, a nawet w oczach [6]. Dostają się one do organizmu człowieka różnymi drogami: poprzez picie nieprzegotowanej wody, spożywanie niedomytych owoców i warzyw, spożywanie surowego lub niedogotowanego mięsa, spożywanie produktów niewiadomego pochodzenia, brak higieny osobistej, jak też przez kontakt z ukochanym zwierzakiem, przebywanie w dużych skupiskach ludzkich, nawożenie pól ludzkimi ekskrementami [7;8].

Według statystyk 9 na 10 osób ma szanse zarazić się pasożytami. Według danych WHO w ciągu ostatnich 10 lat różnymi pasożytami zaraziło się ponad 4,5 miliarda ludzi, w Europie – co 3 osoba, w USA 85-95 % społeczeństwa. Pasożyty są przyczyną 14 mln przypadków zgonów na świecie w ciągu roku. To daje 25% ogólnego wskaźnika śmiertelności [9].

Według statystyk sprzed 2008 roku w Polsce inwazja owsików obejmuje 95% ludności, włosogłówki – 80%, glisty ludzkiej – 50%, a zarażenie *Giardia lamblia* u niemowląt dochodzi do 80%. Obecnie Polska należy do krajów o nieznanych wskaźnikach zachorowalności na choroby pasożytnicze. Brak danych epidemiologicznych związany jest z wejściem w życie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w której z wykazu usunięto 19 pozycji, m.in. glistnicę, owsicę i pozostałe inwazje obleńcami i większość inwazji płazińcami [4;9;10].

Pasożyt zagnieżdża się w narządach i tkankach, powodując ich uszkodzenie, tworząc mechaniczne przeszkody w funkcjonowaniu organizmu. Uszkadza tkanki nabłonkowe narządów, otwierając drogę infekcji, powoduje długo utrzymujące się ogniska zapalne, nadwyręża system odpornościowy organizmu. Żywi się komórkami, witaminami, minerałami, zatruwając produktami swojej przemiany materii. Pasożyty zdolne są żyć w organizmie przez wiele lat, nie dając żadnych dolegliwości. Ich obecność powoduje poważne problemy zdrowotne, czyli tak zwane choroby pasożytnicze [4,10].

Choroby wywołane przez pasożyty są często bardzo trudne do zdiagnozowania i schorzenie jest błędnie rozpoznawane. Objawy mogą się ujawniać bezpośrednio po kontakcie z pasożytem lub po okresie inkubacji. Większość chorób nie ma charakterystycznych cech diagnostycznych. Dlatego rozpoznanie opiera się

na analizie wszystkich objawów, porównywaniu ich z objawami występującymi w innych chorobach [11;12;13].

Do najczęściej spotykanych objawów obecności pasożytów w organizmie człowieka należy: osłabienie lub chroniczne zmęczenie, utrata wagi lub niewyjaśniony przyrost wagi i trudności z jej zrzuceniem, skłonność do biegunek lub zaparć, ból w okolicy pępka, ból głowy nieznanego pochodzenia, bóle stawów i mięśni, choroby skóry (w tym trądzik, egzema, łuszczyca), bezsenność, obniżona odporność, częste objawy opryszczki i innych chorób zakaźnych, zgrzytanie zębami w czasie snu, drażliwość, apatia, wzdęcia, burczenie w brzuchu nawet po jedzeniu [11;12;13;14;15].

Pasożytami jelitowymi może zarazić się każde dziecko. Ma je już co szósty siedmiolatek. Kilka lat temu Państwowy Zakład Higieny przebadał ponad 30 tys. polskich pierwszoklasistów pod kątem obecności różnych pasożytów jelitowych. Okazało się, że co szósty ma owsiki, lamblie, glisty ludzkie. Oznacza to, że przynajmniej troje, czworo maluchów w każdej klasie jest potencjalnym źródłem zakażenia dla kolegów [15;16;17].

Owsica to jedna z najczęstszych chorób pasożytniczych jelita grubego, rozpowszechniona na całym świecie, a szczególnie w klimacie umiarkowanym. Zarażenie może występować w każdym wieku, ale najczęściej zdarza się u dzieci w przedziale pomiędzy 5. a 6. rokiem życia.

Zarażeniu sprzyja przebywanie dzieci w żłobkach, przedszkolach, szkołach, internatach, domach dziecka [11;2;3]. Chorobę wywołuje nicień (owsik), który osiąga następujące rozmiary: samica 1 centymetr, samiec do 3 milimetrów. Jedynym żywicielem jest człowiek. Nicień pasożytuje w jelicie grubym, wyrostku robaczkowym oraz końcowym odcinku jelita cienkiego. Żywi się wyssaną treścią oraz substancjami zawartymi w treści jelitowej. Samice żyją około 4 tygodni, a samce giną zaraz po zaplemnieniu. W końcowym okresie życia w okolicy okołoodbytniczej samica składa od 8000 do 12000 jaj, które w ciągu 4-8 godzin osiągają zdolność inwazyjną. Poza organizmem człowieka jaja owsików mogą przetrwać do kilku tygodni. Owsik przenosi się łatwo drogą pokarmową przez połknięcie jaj przeniesionych pod płytkami paznokci, ale istnieje także możliwość zarażenia przez ubranie, pościel, kurz domowy i zarażone jedzenie. Objawy zależą od intensywności zarażenia, czasu trwania oraz wrażliwości osobniczej. Choroba może mieć przebieg bezobjawowy. Jednak częściej obserwujemy takie objawy jak: nocny świąd okolicy odbytu, miejscowy stan zapalny skóry i przeczosy, brak łaknienia, obgryzanie paznokci, niepokój i podniecenie ruchowe, bezsenność, anemię, podkrążone oczy i ciągłe osłabienie. U dziewczynek owsiki mogą dostać się do sromu i pochwy, wywołując świąd oraz stan zapalny narządu rodnego [18;19;20].

Drugim co do częstości występowania i znacznie większym od owsika, szeroko rozpowszechnionym pasożytem z grupy nicieni jest glista ludzka. Częstość występowania glistnicy w Polsce przez różnych badaczy jest oceniana na 1–18%, a w niektórych populacjach nawet 40–50% [2;3]. Uważa się, że częściej dotyczy

dzieci, podobnie jak owsica. Może być to związane z dziecięcym zwyczajem trzymania palców przy ustach oraz niewyrobieniem nawyków higienicznych. Glista ludzka ma ciało walcowate o zwężonych końcach, zaopatrzone na jednym końcu w otwór gębowy otoczony trzema wargami. Dojrzałe samce mają 15–35 cm długości i 0,2–0,4 cm grubości, natomiast samice – 20–50 cm długości i 0,3–0,6 cm grubości. Pasożyt bytuje najczęściej w jelicie cienkim człowieka, przyczepiony do błony śluzowej. Żywi się nabłonkiem niszczonej ściany jelita i substancjami zawartymi w treści jelitowej. Dojrzała samica składa 100 000 – 200 000 jaj na dobę. Wydalane są one z kałem na zewnątrz organizmu i rozprzestrzeniane w otaczającym człowieka środowisku. Wydostanie się jajeczka poza organizm ludzki umożliwia rozwój postaci larwalnej, ponieważ może się ona rozwijać tylko w obecności tlenu i wilgoci, w temperaturze poniżej 36°C. Rozwój jajeczka przebiega początkowo w ziemi lub w wodzie (przez 30–40 dni). Dojrzałe jajeczko i zawarta w nim larwa mogą w naszym klimacie zachować zdolność do inwazji przez 2–5 lat. Ze spożytych z wodą, z produktami spożywczymi lub w inny sposób jajeczek wydostają się w jelicie cienkim larwy. Zanim ostatecznie osiądą w jelicie cienkim, aby rozwijać się w dorosłą glistę, wędrują przez błonę śluzową do światła naczyń. Następnie z prądem krwi przez wątrobę, pęcherzyki płucne, oskrzeliki i oskrzela przedostają się do jamy gardłowej, przełyku i żołądka, a stąd do miejsca ostatecznego bytowania, tzn. do jelita cienkiego. W jelicie cienkim człowieka glista może przeżyć od 1 do 1,5 roku. Dojrzałość płciową żeńskie osobniki glisty ludzkiej osiągają w ciągu 60–80 dni od dnia zarażenia i wówczas rozpoczynają składanie jaj [1;3;18]. Reakcja człowieka na zarażenie glistą ludzką zależy od intensywności inwazji pasożytniczej oraz od osobniczej wrażliwości gospodarza. Objawy chorobowe w przebiegu zarażenia glistą ludzką zależą od okresu inwazji. Wyróżnić można trzy etapy, tj. okres wędrówki larw, okres objawów i komplikacji wynikających z zaburzeń w normalnej ich wędrówce oraz okres obecności dojrzałej glisty w jelicie. W pierwszym okresie dominują różne reakcje i objawy alergiczne, którym towarzyszy przeważnie zwiększona liczba eozynofilów we krwi obwodowej [21]. W okresie wędrówki larw występują objawy uszkodzenia wątroby, śródbłonków naczyniowych, ścian pęcherzyków płucnych, połączone z krwawieniami i odczynami zapalnymi. Zabłąkane larwy mogą niekiedy usadowić się w różnych nietypowych dla glisty ludzkiej narządach, takich jak oko, ucho, mózg, wątroba, śledziona itp., gdzie po pewnym czasie otorbiają się, tworząc tzw. guzki robacze. Szkodliwe działanie postaci dojrzałych polega przede wszystkim na zatruwaniu organizmu żywiciela produktami przemiany materii [4;2;18]. Wśród najczęstszych objawów glistnicy należy wymienić: wzmożoną pobudliwość nerwową, uporczywy ból gardła, zaburzenia snu, bóle w różnych obszarach brzucha nie zawsze związane z jedzeniem, wzdęcia lub uporczywe zaparcia i tzw. kruczenia w obrębie jelit, duszność spoczynkową bądź wysiłkową, bóle w rzucie wątroby nie zawsze związane z jedzeniem, odbijanie goryczą bądź puste, uczucie ssania w jamie brzusznej, postępujące wychudzenie, niedokrwistość, obniżenie ogólnej

aktywności oraz zdolności do pracy. Niekiedy w następstwie masowego wystąpienia zarażenia i skłębienia się glist w krótkim odcinku jelita lub przewodów żółciowych może dochodzić do objawów niedrożności przewodu pokarmowego lub żółtaczki mechanicznej. Czasem glistnica jelitowa może przebiegać bezobjawowo.

Lamblioza jest zakażeniem jelita cienkiego wywołanym przez wyposażonego w wici pierwotniaka *Giardia lamblia*. *Gardia lamblia* to pierwotniak z rodziny wiciowców, organizm jednokomórkowy, który przyczepiony specjalną przyssawką pasożytuje w postaci wegetatywnej (trofozoity) w początkowym odcinku jelita cienkiego człowieka (dwunastnica i jelito czcze), zaś postacie przetrwalnikowe (cysty) są rozmieszczone w dalszej części jelita cienkiego i w jelicie grubym [10]. Natomiast rozmiary dorosłego pasożyta o gruszkowatym kształcie z wypukłą stroną grzbietową oraz spłaszczoną stroną brzuszną, oscylują w granicach 10–20 μm długości i 5–15 μm szerokości przy 2–4 μm grubości. Pasożyt zaopatrzony jest w 4 pary wici umożliwiające mu dość intensywne poruszanie się, a w części brzusznej bieguna przedniego duży krążek czepny, zwany przyssawką, za pomocą którego przyczepia się do błony śluzowej przewodu pokarmowego żywiciela. Niekiedy formy wegetatywne pasożytują na całej długości przewodu pokarmowego, w pęcherzyku żółciowym, przewodach wyprowadzających trzustki, wyrostku robaczkowym. Częstość zarażenia giardią jelitową (lamblią jelitową) ocenia się w Polsce na ok. 10% ludzi dorosłych i 25–50% dzieci. Należy zatem do najczęściej spotykanych pasożytów pierwotniakowych człowieka [2;12;22]. Rozmnażanie pasożytów dokonuje się przez podział podłużny, dzięki któremu możliwe jest szybkie zwiększenie ich liczby w jelicie. Jeżeli warunki są niesprzyjające, część pasożytów otacza się grubą otoczką i tworzy owalne cysty, które są wydalane z zakażonego organizmu razem z kałem. Szacuje się, że u niektórych pacjentów przy jednym wypróżnieniu może zostać wydalonych nawet 500 milionów cyst [10]. Przebieg zakażenia jest w większości przypadków bezobjawowy. Postacie o przebiegu ostrym i przewlekłym są związane z dużą intensywnością inwazji, lokalizacją pasożytów i osobniczą wrażliwością ustroju. Objawy ostrego zakażenia występują po 1–3 tyg., są niejednoznaczne i zależą od wieku i stanu wydolności układu immunologicznego (odpornościowego). U dorosłych charakterystyczne objawy to: nudności, brak apetytu, gwałtowne, wodniste, sfermentowane stolce o żółtym zabarwieniu, gazy, niewielka gorączka, wzdęcia, kurczowe bóle brzucha, niekiedy w okolicy pęcherzyka żółciowego, bóle głowy, zmęczenie, bezsenność, reakcje uczuleniowe z różnego rodzaju wysypką i stany podgorączkowe [2; 12;13]. U dzieci zwykle występuje wodnista biegunka, bóle i wzdęcie brzucha w okolicy nadbrzusza, zgaga, odbijanie, nudności, czasem przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, a w konsekwencji częstych, przewlekłych biegunek obserwujemy niedożywienie z powodu zaburzeń prawidłowej flory jelitowej, co może prowadzić do częściowego zaniku kosmków jelita cienkiego, objawów złego trawienia i wchłaniania. Zarażenie tym pierwotniakiem najczęściej prowadzi do nieprawidłowego trawienia tłuszczy i węglowodanów.

Spowodowane przez lamblie uszkodzenie jelita cienkiego powoduje zwiększenie przepuszczalności jelit, co prowadzi do zwiększonego przenikania do krwi różnych antygenów. Skutkiem jest ujawnienie się nasilonych odczynów alergicznych w postaci przewlekłych zmian wypryskowych, świądu skóry, a nawet reakcji pokrzywkowych i objawów astmy [6;2;13;22;10].

Świerzb, wywoływany przez roztocze *Sarcoptes scabiei var. hominis*, jest jedną z najczęstszych i jednocześnie jedną z najstarszych znanych człowiekowi chorób pasożytniczych skóry. Stanowi istotny problem medyczny i społeczny. Pierwsze opisy świerzbu pochodzą już z czasów starożytnych. Na świerzb choruje na świecie ok. 300 mln osób rocznie, co stanowi 5 proc. ogólnej populacji [2;13;23]. Choroba dotyczy wszystkich grup społecznych bez względu na wiek, płeć, rasę czy status socjoekonomiczny. Czynnikami sprzyjającymi zarażeniu są: wyniszczenie fizyczne, obniżona odporność, choroby upośledzające funkcję barierową skóry, niski poziom higieny, wiek poniżej 15. r.ż., pora roku – zimą dochodzi do zakażeń częściej niż latem. Przyczyną świerzbu jest pasożyt – świerzbowiec ludzki (*Sarcoptes scabiei var. hominis*) należący do roztoczy. Zwykle jest niedostrzegalny gołym okiem, gdyż jego maksymalna długość wynosi zaledwie 0,5 mm. Za rozwój objawów choroby odpowiedzialne są głównie zapłodnione samice oraz nimfy. Po kopulacji samiec ginie. Samica zaś przedostaje się do warstwy rogowej naskórka, drążąc w niej tunele, tzw. nory świerzbowcowe, w których dziennie składa 2-3 jaja. Z nich po około 3 tygodniach rozwijają się larwy, które przekształcają się w nimfy, a potem w osobniki dorosłe. Świerzbowiec rozmnaża się na powierzchni skóry człowieka oraz zwierząt i żywi się jej komórkami. Do zakażenia świerzbem może dojść na skutek kontaktu bezpośredniego (np. podanie ręki) lub pośredniego, czyli przez wspólne korzystanie z niektórych przedmiotów codziennego użytku, np. ręczników, pościeli, pluszowych zabawek. Poza organizmem żywiciela świerzbowiec jest w stanie przeżyć nawet do 3 dni [13;23;24;25].

W przebiegu świerzbu dominują objawy skórne. Pojawiają się wielopostaciowe wykwity w formie grudek, pęcherzyków, bąbli pokrzywkowych lub przeczosów, czyli linijnych ubytków w skórze powstałych w wyniku drapania. Rozdrapane wykwity skórne mogą zostać wtórnie zakażone bakteriami. Charakterystycznym objawem jest intensywny świąd, nasilający się w nocy i po gorącej kąpieli na skutek zwiększonej aktywności świerzbowca ludzkiego. Zmiany zlokalizowane są typowo w przestrzeniach międzypalcowych stóp i rąk, na łokciach, w okolicy narządów płciowych (moszna), pępka, brodawek sutkowych, a u dzieci na skórze owłosionej głowy [26;27]. U dzieci młodszych przeważają wykwity pęcherzykowe i grudkowo-rumieniowe. Długo utrzymujące się zmiany guzkowe mogą natomiast występować u dzieci starszych. Zmiany lokalizują się w okolicy stóp, pośladków, owłosionej skóry głowy, mogą też dotyczyć całego ciała [23;28;29].

Wszawica głowowa (łac. *pediculosis capitis*) jest chorobą wywołaną zarażeniem wszą głowową. Wielkość dorosłego owada nie przekracza 2–4,7 mm. Samice każdego dnia składają od 5 do 10 białych jaj, zwanych gnidami, które rozmiara-

mi przypominają główkę od szpilki. W ciągu 4–14 dni z jaj wylęgają się larwy, które następnie przekształcają się w dorosłe osobniki. Wszy pasożytują wyłącznie na owłosionej części skóry i żywią się krwią człowieka. W miejscu ugryzienia powstaje odczyn zapalny skóry, który powoduje uczucie silnego świądu. Okres przenoszenia trwa tak długo, jak długo żyją wszy lub ich jaja [2;13;18].

Zakażenie wszawicą następuje bezpośrednio przez kontakt z włosami osoby chorej (przytulanie się, stykanie się głowami) lub pośrednio poprzez używanie wspólnych przyrządów do pielęgnacji włosów (szczotki, grzebienie), ozdób do włosów, nakryć głowy, ręczników i bielizny pościelowej. Najłatwiej zarazić się wszawicą w dużych skupiskach ludzkich (przedszkola, szkoły, internaty, akademiki, kolonie i obozy organizowane dla dzieci i młodzieży oraz zatłoczone środki komunikacji miejskiej). Należy podkreślić, iż problem wszawicy dotyczy wszystkich stref klimatycznych i populacji ludzkich, bez względu na dbałość o higienę osobistą czy status społeczny [30;31].

Najbardziej charakterystycznym objawem wszawicy jest świąd skóry. Jeżeli dziecko często drapie się po głowie, należy niezwłocznie skontrolować skórę głowy oraz włosy. Wszy występują najczęściej za uszami i w okolicy potylicznej. Obecność dorosłych osobników można zauważyć gołym okiem, wyglądają jak ziarenka sezamu. Jaja (gnidy) występują zwykle u nasady włosów. Wyglądem przypominają łupież, jednak w przeciwieństwie do niego trudno je usunąć. Znalezienie na włosach charakterystycznych białych jaj lub aktywnych stadiów rozwojowych, tj. nimf i postaci dojrzałych potwierdza rozpoznanie wszawicy [31;32;33].

Cel

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy rodziców na temat wybranych chorób pasożytniczych u dzieci w wieku przedszkolnym.

Materiał i metoda

Badanie na potrzeby pracy przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Objęto nim rodziców i opiekunów prawnych dzieci hospitalizowanych w Oddziale Dziecięcym z Izbą Przyjęć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Lublinie (103 respondentów). Dzieci przebywały w oddziale z powodu różnych infekcji. Rodzicom udzielano wsparcia emocjonalnego oraz rzeczowo i zrozumiale udzielano odpowiedzi na zadawane pytania. Rodziców, którzy wzięli udział w badaniu, poinformowano o celu badania oraz o sposobie wypełnienia ankiety. Zapewniono o pełnej anonimowości badania oraz o wykorzystaniu wyników wyłącznie do celów naukowych. Badanie przeprowadzono za zgodą dyrektora szpitala i kierownika Oddziału Dziecięcego W.Sz.S.SP ZOZ w Lublinie.

W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla tego badania. Znalazły się w nim pytania na temat sytuacji socjoekonomicznej badanych dotyczące: roku urodzenia, miejsca zamieszkania, liczby dzieci w rodzinie, płci, wykształcenia.

Na podstawie roku urodzenia określono wiek rodziców. Biorąc pod uwagę potrzeby badania, utworzono następujące kategorie wiekowe: 35 lat i mniej oraz powyżej 35 lat.

W analizie określono miejsce zamieszkania rodziców, uwzględniając dwie kategorie: wieś, miasto. Poziom wykształcenia określono, przyjmując następujące kategorie: wykształcenie podstawowe, zawodowe, średnie/policealne, wyższe/licencjat. W kolejnej części kwestionariusza zamieszczono pytania dotyczące posiadanej przez rodziców wiedzy na temat choroby pasożytniczej. Zapytano o to, czy znają drogi zakażenia się pasożytami, czy choroby pasożytnicze są częstymi chorobami wieku dziecięcego, czy choroba pasożytnicza jest chorobą ciężką, dającą różne powikłania, czy pasożyty mogą znajdować się w nieprzegotowanej wodzie, niedogotowanym mięsie, surowych i niedomytych owocach i warzywach, czy nosicielami pasożytów mogą być zwierzęta domowe pies, kot, czy pasożytami można zarazić się od innego dziecka, czy przebyta i wyleczona choroba daje odporność. Kolejne pytania miały na celu sprawdzenie wiedzy rodziców na temat objawów, które mogą świadczyć o chorobie pasożytniczej, takich jak: brak apetytu, niepokój, zgrzytanie zębami, niespokojny sen, świąd okolic odbytu, kaszel.

W dalszej kolejności sprawdzono wiedzę rodziców na temat znajomości objawów chorobowych w wybranych jednostkach takich jak: glistnica, owsiki, lamblie, świerzb i wszawica. Do tej grupy pytań przypisano odpowiedzi: tak, nie.

Zebrany materiał badawczy opracowano statystycznie za pomocą pakietu statystycznego IBM SPSS Statistics. Podano liczebność i procent wskazanych przez badanych kategorii odpowiedzi. Zależność pomiędzy dwoma zmiennymi jakościowymi sprawdzono testem chi-kwadrat. Test ten bazuje na porównaniu ze sobą wartości obserwowanych (empirycznych) i wartości teoretycznych (oczekiwanych, obliczonych przy założeniu, że pomiędzy zmiennymi nie ma żadnego związku). Duże różnice wskazują na istnienie zależności pomiędzy zmiennymi. Otrzymane wyniki analizy przyjęto za statystycznie istotne przy poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki i wnioski

W grupie kobiet zdecydowana większość (94,1%) deklarowała, że zna drogę zakażenia się pasożytami, a pozostali badani (5,9%) wskazywali, że takiej wiedzy nie mają. W grupie mężczyzn 77,8% badanych deklarowało, że zna drogę zakażenia się pasożytami, zaś 22,2% badanych wskazywało, że nie zna drogi zakażenia się pasożytami. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie ($chi^2= 4,973$, $df=1$, $p=0,026$). Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Płeć a wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Płeć	Kobieta	N	80	5	85	**4,973 df=1 p=0,026**
		%	94,1%	5,9%	100%	
	Mężczyzna	N	14	4	18	
		%	77,8%	22,2%	100%	
Ogółem		N	94	9	103	
		%	91,3%	8,7	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie mieszkańców miast 96,3% badanych wskazywało, że pasożyty mogą znajdować się w niedogotowanym mięsie, natomiast 10,5% uznało, że nie mogą. W grupie mieszkańców wsi 96,3% badanych uznało, że pasożyty mogą znajdować się w niedogotowanym mięsie, natomiast pozostali badani (3,7%) wskazali, że tak nie jest. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 2).

Tabela 2. Miejsce zamieszkania a wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Miejsce zamieszkania	Miasto	N	68	8	76	**1,163 df=1 p=0,281**
		%	89,5%	10,5%	100%	
	Wieś	N	26	1	27	
		%	96,3%	3,7%	100%	
Ogółem		N	94	9	103	
		%	91,3%	8,7%	100%	

Źródło: badania własne.

Zdaniem 81,8% badanych z wykształceniem podstawowym lub zawodowym pasożyty mogą znajdować się w niedogotowanym mięsie, a 18,2% respondentów uważa, że się tam nie znajdują. W grupie osób z wykształceniem średnim lub policealnym, badani w 77,8% wskazywali, że pasożyty mogą znajdować się w niedogotowanym mięsie, natomiast pozostali (22,2%) uznali, że tak nie jest. Wśród badanych z wykształceniem wyższym większość (98,5%) była zdania, że pasożyty mogą znajdować się w niedogotowanym mięsie, a reszta badanych (1,5%) udzieliła odpowiedzi przeczącej. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi2=11,612, df=2, p=0,003) (tabela 3).

Tabela 3. Wykształcenie a wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat drogi zakażenia się pasożytami			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Wykształcenie	Podstawowe/ zawodowe	N	9	2	11	**11,612 df=2 p=0,003**
		%	81,8%	18,2%	100%	
	Średnie/ policealne	N	21	6	27	
		%	77,8%	22,2%	100%	
	Wyższe/ licencjat	N	64	1	65	
		%	98,5%	1,5%	100%	
0gółem		N	94	9	103	
		%	91,3%	8,7%	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet ponad połowa (64,7%) wskazywała, że wie, iż choroba pasożytnicza jest chorobą ciężką, dającą groźne powikłania, pozostali badani (35,3%) uznali, że tak nie jest. W grupie mężczyzn 44,4% było zdania, że choroba pasożytnicza jest chorobą ciężką, dającą groźne powikłania, zaś pozostali (55,6%) wskazywali, że tak nie jest. Zależność pomiędzy zmiennymi nie była istotna statystycznie (tabela 4).

Tabela 4. Płeć a wiedza badanych na temat tego, czy choroba pasożytnicza jest chorobą ciężką, dającą groźne powikłania

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat tego, czy choroba pasożytnicza jest chorobą ciężką dającą groźne powikłania			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Płeć	Kobieta	N	55	30	85	**2,567 df=1 p=0,109**
		%	64,7%	35,3%	100%	
	Mężczyzna	N	8	10	18	
		%	44,4%	55,6%	100%	
Ogółem		N	63	40	103	
		%	61,2%	38,8%	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie mieszkańców miast 84,2% badanych sądziło, że biegunka oraz niestawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami, natomiast 15,8% wskazywało, że nie mogą. W grupie mieszkańców wsi 59,3% badanych uznało, że biegunka oraz niestawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami, natomiast pozostali badani (40,7%) wskazali, że tak nie jest. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi^2= 7,151, df=1, p=0,007). Wyniki zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Miejsce zamieszkania a wiedza badanych na temat tego, czy biegunka oraz niestawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami

Analizowana zmienna			**Wiedza badanych na temat tego, czy biegunka oraz niestawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami**			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Miejsce zamieszkania	Miasto	N	64	12	76	**7,151 df=1 p=0,007**
		%	84,2%	15,8%	100%	
	Wieś	N	16	11	27	
		%	59,3%	40,7%	100%	
Ogółem		N	80	23	103	
		%	77,7%	22,3%	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet większość (94,1%) wskazała, że świąd skóry może świadczyć o zakażeniu świerzbem, zaś pozostałe (5,9%) odpowiedziały, że tak nie jest. W grupie mężczyzn 61,1% wskazywało, że świąd skóry może świadczyć o zakażeniu świerzbem, natomiast 38,9% wyraziło przeciwne zdanie. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi^2= 15,722, df=1, p=0,000). Wyniki pokazano w tabeli 6.

Tabela 6. Płeć a wiedza badanych na temat tego, czy świąd skóry może świadczyć o zakażeniu świerzbem

Analizowana zmienna			**Wiedza badanych na temat tego, czy świąd skóry może świadczyć o zakażeniu świerzbem**			chi² p
			Tak	Nie	Ogółem	
Płeć	Kobieta	N	80	5	85	**15,722 df=1 p=0,000**
		%	94,1%	5,9%	100%	
	Mężczyzna	N	11	7	18	
		%	61,1%	38,9%	100%	
Ogółem		N	91	12	103	
		%	88,3%	11,7%	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet większość (91,8%) wskazała, że leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę, zaś pozostałe (8,2%) odpowiedziały, że tak nie jest. W grupie mężczyzn 61,1% wskazywało, że leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę, natomiast 38,9% było przeciwnego zdania. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi^2=11,884, df=1, p=0,001). Zob. tabela 7.

Tabela 7. Płeć a wiedza badanych na temat tego, czy leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat tego, czy leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę			chi^2 p
			Tak	Nie	Ogółem	
Płeć	Kobieta	N	78	7	85	**11,884 df=1 p=0,001**
		%	91,8%	8,2%	100%	
	Mężczyzna	N	11	7	18	
		%	61,1%	38,9%	100%	
Ogółem		N	89	14	103	
		%	86,4%	13,6%	100%	

Źródło: badania własne.

W grupie kobiet mniejszość badanych (5,9%) uznała, że raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza daje odporność, pozostałe badane (94,1%) odpowiedziały, że tak nie jest. W grupie mężczyzn 38,9% wskazywało, że raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza daje odporność, natomiast 61,1 % wyraziło odmienne zdanie. Zależność pomiędzy zmiennymi była istotna statystycznie (chi^2=15,722, df=1, p=0,000). Zob. tabela 8.

Tabela 8. Płeć a wiedza badanych na temat tego, czy raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza daje odporność

Analizowana zmienna			Wiedza badanych na temat tego, czy raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza daje odporność			ch^{12} p
			Tak	Nie	Ogółem	
Płeć	Kobieta	N	5	80	85	**15,722 df=1 p=0,000**
		%	5,9%	94,1%	100%	
	Mężczyzna	N	7	11	18	
		%	38,9%	61,1%	100%	
Ogółem		N	12	91	103	
		%	11,7%	88,3%	100%	

Źródło: badania własne.

Wnioski

1. Zdecydowanie większa liczba kobiet niż mężczyzn, a ponadto osoby z wyższym wykształceniem, osoby zamieszkałe w mieście znały drogi zakażenia pasożytami, miejsca bytowania pasożytów, objawy świadczące o chorobie pasożytniczej oraz były zdania, że choroby pasożytnicze są częstymi chorobami wieku dziecięcego, dającymi groźne powikłania.
2. Kobiety częściej niż mężczyźni, uważali że choroby pasożytnicze dają ciężkie i groźne powikłania.

3. Zdecydowana większość badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, wiedziała, że ból i wzdęcia brzucha, biegunka oraz niestawione stolce mogą świadczyć o zakażeniu lambliami. Tylko połowa mężczyzn wskazała, że o zakażeniu lambliami może świadczyć wysypka.
4. Zdaniem większości badanych kobiet i mężczyzn świąd, przeczosy i strupy na bocznych powierzchniach palców skóry, świąd w fałdach skórnych i pośladkach mogą świadczyć o zakażeniu świerzbem. Większość kobiet oraz osób z wyższym wykształceniem uważa, że leczenie świerzbowca powinno obejmować całą rodzinę.
5. W grupie badanych większość kobiet była zdania, że raz przebyta i wyleczona choroba pasożytnicza nie daje odporności, wśród mężczyzn nieco ponad połowa miała takie przekonanie.

Piśmiennictwo

1. Kadłubowski R. Zarys parazytologii lekarskiej. PZWL, Warszawa 1988.
2. Adamski Z. (red.), Baumann-Popczyk A. (red.), Sadkowska-Todys M. (red.), Zieliński A. (red.). Choroby zakaźne i pasożytnicze: epidemiologia i profilaktyka. Wydaw. Medyczne ŕ-medica Press. Bielsko-Biała 2014.
3. Popielska J., Marczyńska M. Zarażenia pasożytnicze przewodu pokarmowego. Stand. Med. Pediatr. 2013; 10 (4): 474–479.
4. Kuchar E., Własienko A., Jasonek J. Najczęstsze choroby pasożytnicze w praktyce lekarza pediatry. Klin. Pediatr. 2016; 24 (5): 5054–5059.
5. Kotowska M., Albrecht P. Najczęstsze choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego. Zakażenia 2012; 12 (4): 109–115.
6. Magdzik W., Naruszewicz-Lesiuk D. Zakażenia i zarażenia człowieka. Epidemiologia, zapobieganie i zwalczanie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2001.
7. Pawłowski Z. Pasożytnicze zarażenia przewodu pokarmowego człowieka. Zakażenia, 2013; 13 (1): 53–58.
8. Kitlas J., Grygierczyk D. Częstość występowania Enterobius vermicularis u dzieci przedszkolnych z okolic miasta Tychy.Pediatr. Pol. 2004; 79 (9): 716–719.
9. Pawłowski Z. Choroby pasożytnicze w krajowych kronikach epidemiologicznych. Hyg. Pub. Health 2011; 46 (1): 1–7.
10. Omielan K., Babiżewska I., Szczerkowska-Dobosz A., Nowicki R. Ocena wiedzy na temat świerzbu wśród osób związanych ze służbą zdrowia. Med. Rodz. 2014; 17 (1): 19–22.
11. Stępień-Rukasz H. Diagnostyka wybranych inwazji pasożytniczych przewodu pokarmowego człowieka. MedPharm Polska. Wrocław 2017.
12. Matuszewski T., Pietrzko P., Zakrzewski A. Zarażenia pasożytnicze a skórne reakcje alergiczne – wspólne mechanizmy immunologiczne. Lek. Wojsk. 2013; 91(2): 199–201.

13. Ołdak E. Pasożyty jelitowe – kiedy podejrzewać, jak diagnozować? Gastroenterol. Prakt. 2015; 7 (4): 51–56.
14. Chmielewska-Szewczyk D. Czy zarażenie pasożytami chroni przed alergią? Acta Pneumonol. Allergol. Pediatr. 2012; 15 (3/4): 31–36.
15. Dobosz S., Marczyńska M., Ołdakowska A., Popielska J., Szczepańska-Putz M. Wybrane choroby pasożytnicze u dzieci – rozpoznanie i leczenie. Przew. Lek. 2003; (11/12): 60–69.
16. Widomska D., Schabowski J., Markowska-Gosik D. Inwazje nicieni przewodu pokarmowego – wciąż aktualny problem w pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Med. Og. 2002; 8 (2): 108–118.
17. Kubiak K., Wrońska M., Dzika E., Dziedziech M., Poźniak H., Leokajtis M., Dzisko J. Występowanie pasożytów jelitowych u dzieci w wieku przedszkolnym oraz wychowanków domów dziecka w województwie warmińsko-mazurskim (północno-wschodnia Polska). Prz. Epidemiol. 2015; 69 (3): 483–488.
18. Popielska J., Marczyńska M. Najczęstsze zarażenia pasożytnicze w Polsce. Pediatr. Dypl. 2012; 16 (5): 33–34.
19. Pawłowski Z. Parazytologia lekarska w Polsce – historia i perspektywy jej dalszego rozwoju. Hyg. Pub. Health 2012; 47 (1): 8–14.
20. Jasonek J., Szenborn L., Kuchar E. Praktyczne aspekty rozpoznawania i leczenia najczęstszych chorób pasożytniczych. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2008; 10(3): 887–892.
21. Kraszewska B., Szenborn L. Eozynofilia w chorobach zakaźnych. Klin. Pediatr. 2012; 20 (4): 414–416.
22. Sawicka-Parobczyk M. Giardioza u dzieci – właściwe rozpoznanie może być trudne. Pediatr. Med. Rodz. 2012; 8 (3): 247–251.
23. Kisiel K., Ruszkowska L. Świerzb – jak rozpoznać i prawidłowo leczyć. Pediatr. Dypl. 2014; 18 (3): 48–52.
24. Uczniak S., Uczniak K., Kozłowska M., Kaszuba A.: Świerzb – epidemiologia, obraz kliniczny i leczenie. Dermatol Prakt 2014; 1: 11–14.
25. Ruszkowska L. Najczęstsze dermatozy spotykane w gabinecie lekarza pediatry. Klin. Pediatr. 2013; 21 (1): 91–99.
26. Kuchciak-Brancewicz M. Dermatologia dziecięca – pytania i odpowiedzi. Dermatol. Prakt. 2013; 5 (1): 56–60.
27. Kaczor J. Świerzb – choroba zapomniana? Pasożyty skórne. Mag. Pielęg. Położ. 2012; (7/8): 25.
28. Omielan K., Babiżewska I., Szczerkowska-Dobosz A., Nowicki R. Ocena wiedzy na temat świerzbu wśród osób związanych ze służbą zdrowia. Med. Rodz. 2014; 17 (1): 19–22.
29. Kłudkowska J., Nowicki R. Okiem klinicysty: diagnostyka i leczenie świerzbu. Terapia 2014; 22 (3) z. 2: 68–71.
30. Szymanek M., Wojnowska D., Krasowska D. Wszawica – wciąż aktualny problem kliniczny. Prz. Lek. 2009; 66 (4): 206–208.

31. Feleszko W. Wszawica – aktualne spojrzenie na diagnostykę i leczenie. Pediatr. Med. Rodz. 2008; 4 (1): 42–47.
32. 32. Chodorowska G. Dimetikon – nowe podejście do leczenia wszawicy głowy. Ordynator Lek. 2008; 8 (3/4): 21–22.
33. Brzezińska-Wcisło L., Wcisło-Dziadecka D., Lis-Święty A. Wszawica – obraz kliniczny, typy infekcji, różnicowanie i leczenie. Lekarz 2007; (9): 74–79.

Level of parents' knowledge concerning selected parasitic diseases in children at pre-school age

Agata Nieśpiał[1], Lech Panasiuk[1]

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

► **S u m m a r y :**

Introduction. Any child may become infected with intestinal parasites. Today, every six-year-old child has acquired this infection. The National Institute of Hygiene examined more than 30,000 first-grade children for the presence of various intestinal parasites. It was found that every sixth child was infested by threadworms (pinworms), Giardia lamblia, or human roundworms. This means that at least three or four children are a potential source of infection for their colleagues.

Objective. The objective of the study was evaluation of the level of parents' knowledge concerning the selected parasitic diseases in children at pre-school age.

Materials and Methods. The study was conducted by the method of a diagnostic survey and covered 103 parents, who accompanied their children in the Children's Ward at the Cardinal Stefan Wyszyński Specialist Regional Hospital in Lublin.

Results and Conclusions. A considerably larger number of females than males, respondents who had university education, and urban inhabitants, more frequently knew the routes of infection with parasites, places where parasites grow and develop, symptoms evidencing a parasitic disease, and considered that parasitic diseases are frequent childhood age diseases leading to serious complications. Females, more often than males, considered that parasitic diseases are related with severe and dangerous complications. A vast majority of respondents, both males and females, knew that pain, abdominal distension, diarrhea, and undigested stools may evidence infection with lamblia. Only a half of males indicted that rash may be a symptom of infection with lamblia. According to the majority of males and females in the study, itching, excoriations and crusts in such places as the lateral surfaces of finger skin, itching in such places as skin folds and buttocks may evidence infection with scabies. The majority of females and respondents who had university education reported that the treatment of itch mites (Sarcoptes scabei), should include the entire family. In the examined group of parents, the majority of females considered that once past and cured, parasitic disease does not provide resistance, whereas only slightly more than a half of males were of the same opinion.

► **K e y w o r d s :** children at pre-school age, parents, knowledge, parasitic diseases.



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

INNOVATIO PRESS

e-ISSN: 2451-2826