Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

2(5)/2020

Włocławek 2020

Rada naukowa
dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński (UM, Lublin, Polska)
prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (UM, Wrocław, Polska)
Assistant Professor, Ph.D. Helena Kadučáková, (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
Assistant Professor, Ph.D. Zuzana Hudáková (Catholic University in Ruzomberok, Slovakia)
dr Ewa Barczykowska (Wyższa Szkoła Medyczna, Legnica, Polska)
dr Wiesław Fidecki (UM, Lublin, Polska)
dr Sefika Dilek Guven (Fundamentals of Nursing Department, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversity, Turkey)

Kolegium redakcyjne
Redaktor naczelny: dr n. med. Beata Haor (PUZ we Włocławku, CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (PUZ we Włocławku; CM UMK w Bydgoszczy)
Zastępca redaktora naczelnego: dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka (Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku)
Sekretarz redakcji: dr n. o zdr. Anna Antczak-Komoterska (PUZ we Włocławku)
Sekretarz redakcji: dr n. med. Dorota Kochman (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. polski): dr Maciej Krzemiński (PUZ we Włocławku)
Redaktor językowy (j. angielski: mgr Marta Waszin (PUZ we Włocławku)

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
wyd.edu.pl/index.php/zblizenia-cywilizacyjne-civilizations-rapprochements

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846

© Copyright by Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2020

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku
ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu

Wersją pierwotną czasopisma jest wersja elektroniczna. Wersja papierowa jest dostępna w druku na żądanie.

Spis treści

Od Redakcji/Editorial……8

Artykuły oryginalne/Original

BEATA CZEKIERDA, GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA
Ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca ……9

MARIOLA RYBKA, IWONA KAWCZYŃSKA
Ocena jakości życia seniorów z otyłością przebywających w środowisku domowym ……..45

BOŻENA WOJTYCKA, BEATA HAOR
Zachowania zdrowotne kobiet z nietrzymaniem moczu……..60

DOROTA KOCHMAN, DANUTA WOJCIECHOWSKA
Satysfakcja z życia w grupie młodzieży przez pryzmat zaburzeń w zakresie masy ciała……..76

Opis przypadku/Case Report
KAROLINA CIECHANOWSKA
Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem w przebiegu raka płucz wykorzystaniem ICNP®.....103

Artykuły poglądowe/Review
OLGA SUSKA, OLIWIA TURKOT, KALINA SIKORSKA-ZIMNY
Oregano - właściwości i wykorzystanie przez ludzi 123

ISSN: 2451-1846

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością przekazujemy Państwu kolejny numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).*

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

Assessment of the quality of life of patients with heart failure

BEATA CZEKIERDA[1], GRAŻYNA CHOJNACKA-KOWALEWSKA[2,3]

[1] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Kardiologii
[2] Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku, Oddział Medycyny Paliatywnej
[3] Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.007
ISSN: 2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Niewydolność serca jest stanem patologicznym, o niepomyślnym rokowaniu, spowodowanym nie tylko chorobami serca, uznawana jest także jako etap finalny różnych chorób. Starość sama w sobie powoduje naturalne zmiany przyczyniające się do zmniejszonej wydolności serca. Pomimo nowatorskich metod leczenie liczba tych chorych gwałtownie rośnie. Eksperci prognozują, że jedna osoba z pięciu w jakimś momencie swojego życia zamanifestuje objawy niewydolności serca, więc postrzegana jest jako epidemia XXI wieku z komponentą nie tylko zdrowotną ale ekonomiczną. Poważnym problemem są rehospitalizacje z powodu zaostrzeń choroby, a każda kolejna pogarsza jakość życia tych chorych do opieki paliatywnej włącznie.
Cel. Celem tej pracy była ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca w oddziale kardiologii i wewnętrznym II Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Włocławku oraz spółki z o.o. MEDICORPLUS Kardiolodzy we Włocławku

Metody i materiał. W badaniu uczestniczyło 105 osób z niewydolnością serca i przeprowadzono je za pomocą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano standaryzowany kwestionariusz, w polskiej wersji językowej, dotyczący zdrowia EQ-5D-3L oraz kwestionariusz konstrukcji własnej obejmujący charakterystykę socjodemograficzną grupy badawczej oraz pytania umożliwiające ocenę zachowań zdrowotnych i analizę chęci poprawy jakości życia respondentów. Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej.
Wyniki. Ilość hospitalizacji istotnie statystycznie koreluje z wybranymi parametrami jakości życia pacjentów z niewydolnością serca, a więc potwierdziło hipotezę badania. Badanie nie wykazało istotnego związku pomiędzy systematycznym stosowaniem leków a liczbą hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca, więc zaprzeczyło postawionej hipotezie badania. Badanie nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy zmniejszoną liczbą pobytów w szpitalu a wystarczającą wiedzą na temat niewydolności serca i właściwymi zachowaniami zdrowotnymi.
Wnioski. Aż 75% chorych z niewydolnością serca wykazała duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na rzecz tych chorych w celu poprawy jakości życia oraz porad pielęgniarskich, co potwierdza postawioną hipotezę badawczą.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, jakość życia, ocena, epidemia, rehospitalizacja, chęć poprawy jakości życia, zdrowe zachowania, wiedza

Summary:
Introduction. Heart failure is a pathological condition with a poor prognosis, caused not only by heart disease, but it is also considered as the final stage of various diseases. An elderly causes natural changes that contribute to reduced heart performance. Despite the innovative methods of treatment, the number of these patients is growing rapidly. Experts predict that one out of five people will manifest symptoms of heart failure at some point in their lives, so heart failure should be perceived as a 21st century's epidemic with a component not only health but also economic. Rehospitalisation's due to exacerbations of the disease are a serious

problem, and each subsequent one worsens the quality of life of these patients, including palliative care.
Aim. The aim of this study was to assess the quality of life of patients with heart failure in the cardiology ward and second internal department of the Provincial Specialist Hospital in Włocławek and the health clinic MEDICOR PLUS – Cardiologists in Włocławek.
Material and methods. 105 patients with heart failure participated in the study and it was carried out by means of a diagnostic survey. As a research tool, a standardized questionnaire was used, in the Polish language version, concerning health EQ-5D-3L and a self- constructions questionnaire covering sociodemographic characteristics of the research group and questions enabling the assessment of health behaviour and analysis of the willingness to improve the respondents quality of life. The obtained data were subjected to statistical analysis.
Results. There hospitalization number significantly correlate with the quality of life parameters, which support the thesis of the study. The study did not show a significant relationship between the compliance and hospitalizations due to exacerbation of heart failure, which does not support the thesis of the study. The study did not show a statistically significant relationship between the reduced number of hospitalizations and knowledge about heart failure and proper health behaviours.
Conclusions. As many as 75% of the patients with heart failure show high interest in the medical institution's activities, associations working for the quality of life improvement and the nurse advices, which support the thesis of the study.

Keywords: heart failure, quality of life, rating, epidemic, rehospitalisation's, willingness to improve the quality of life, healthy behaviour, knowledge

Wstęp

Najnowszą definicję niewydolności serca (NS) opracowała w 2016 roku Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. „*Niewydolność serca to zespół typowych objawów*

podmiotowych, którym mogą towarzyszyć odchylenia w badaniu przedmiotowym, spowodowane zaburzeniami w budowie i/lub czynności serca, które powodują zmniejszony rzut serca i/lub zwiększone ciśnienia wewnątrzsercowe w spoczynku lub w trakcie wysiłku"[1]. Natomiast Colluci i Braunwald niewydolność serca określa jako stan patologiczny, kiedy serce nie jest w stanie tłoczyć dostatecznej ilości krwi w sposób wystarczający, aby uporać się z metabolizmem tkanek [2]. HF postrzegana jest także jako etap finalny różnych chorób [3].

Do objawów podmiotowych NS zaliczono duszność, obrzęki kończyn dolnych, a także zmniejszenie tolerancji wysiłku [1].

Złożony charakter niewydolności serca ujął Cleland w 1998 roku w swoim artykule używając określenia Hydry Medycznej. Podkreślono tam wielowymiarowość problemu choroby. Tak jak po odcięciu głowy hydry odrastały one w sposób zdwojony tak paradoksalnie postępy w leczeniu zawału mięśnia sercowego, wydłużające życie chorym powodują występowanie zwiększonej liczby osób cierpiących na niewydolność serca [4]. Głównym podłożem ostrej niewydolności serca jest zawał mięśnia sercowego, a przewlekłej choroba niedokrwienna serca jak i szereg jednostek chorobowych współistniejących. Niewydolność serca to niewątpliwie efekt starzenia się organizmu [3].

Gdy serce zostaje uszkodzone dochodzi w organizmie do uaktywnienia mechanizmów wyrównawczych w celu podtrzymania prawidłowej homeostazy, prawidłowego rzutu serca, a tym samym dostarczenia odpowiedniej ilości tlenu na obwód. Mechanizmy kompensacyjne w pewnym momencie nie wystarczają, dochodzi więc do ujawnienia się objawów klinicznych niewydolności serca [5]. U osób dotkniętych HF zazwyczaj diagnozowano choroby, których współistnienie ma negatywny wpływ na właściwe rozpoznanie niewydolności serca, jej leczenie a rokowanie obiera negatywny

kierunek. Opisano najczęściej występujące jednostki chorobowe wśród, których wymieniono między innymi: POCHP, cukrzyce, dysfunkcje nerek, niedokrwistość i niedobór Fe, depresję, zespół kruchości[6]. Analizując literaturę podział niewydolności serca opiera się na czasie i intensywności występowania objawów oraz obszaru uszkodzonego serca, ściśle mówiąc której komory serca dotyczy i wreszcie frakcji wyrzutowej lewej komory. Określana jest jako choroba charakteryzująca się ogromną heterogenicznością [7,8,9].

W Stanach Zjednoczonych w 1948 roku przeprowadzono badania dotyczące epidemiologii niewydolności serca. Było to jedno z pierwszych badań tego typu. Wykazano w nim, że na zastoinową niewydolność serca cierpi 0,5% osób w wieku od 35 do 64 roku życia. Problem zmienia się wraz z wiekiem i osoby powyżej 64 roku dotyka on 1%, a powyżej 80 roku życia aż 10%. Pionierskie badania epidemiologiczne NS prowadzili także polscy naukowcy w Warszawie pod kierownictwem Rywika. Analiza tych badań wykazała, że u 53% pacjentów będących na wizycie u lekarza pierwszego kontaktu rozpoznano niewydolność serca, a 30% manifestowało III lub IV stopień klasy NYHA. Trzeba zaznaczyć, że badania te były prowadzone w oparciu o charakterystyczne symptomy podmiotowe, przedmiotowe oraz obniżoną frakcję wyrzutową lewej komory serca. Problem niewydolności serca dotyczy także osób z zachowaną frakcją wyrzutową serca, innymi słowy z zaburzeniem frakcji rozkurczowej lewej komory. W początkowym okresie nie obserwuje się objawów choroby. Badanie Olmsted Country wykazało, że chorych z HF mających zachowaną funkcję rozkurczową lewej komory serca jest więcej niż z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory i zależnie od zaawansowania choroby może dotyczyć od 7,3% do 20,8%. W badaniu dotyczącym dziedziczenia nadciśnienia tętniczego, w którym brało udział 7 krajów w Europie wraz z Polską wykazano między innymi, że dysfunkcja lewej komory dotyczy 20% badanych

i występuje częściej u kobiet, osób starszych z nadciśnieniem tętniczym, otyłością oraz cukrzycą[10].

Z powodu niewydolności serca w Polsce choruje od 600 tys. do 700 tysięcy osób i ich liczba ciągle wzrasta. Eksperci szacują, że 1 osoba z pięciu w jakimś momencie swojego życia będzie manifestować objawy niewydolności serca. Tylko jedna placówka POZ może wśród swych pacjentów odnotowywać 30- 50 osób z NS [3,11]. Duży problem stanowią okresy dekompensacji choroby i są główną przyczyną pobytu w szpitalu pacjentów po 65 roku życia. Aż 53% ponownie jest hospitalizowanych z powodu nawrotu objawów NS, a co 4-ty pacjent wraca w niespełna 30 dni po wyjściu ze szpitala. Zaostrzenie NS to stan zagrożenia życia, każdy kolejny epizod pogarsza stan ogólny zdrowia i skraca czas przeżycia. W ciągu 12 miesięcy po hospitalizacji umiera 11% chorych. Tylko 23% osób z niewydolnością serca pracuje zawodowo, co powoduje obciążenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na około151 milionów złotych w ciągu roku. Globalne wydatki związane z NS to kwota 1,73 mld złotych rocznie, z tego 94% wydawane są na hospitalizacje. Tak więc niewielkie fundusze pozostają na opiekę ambulatoryjną czy rehabilitację. Po wypisie ze szpitala ważnym elementem jest rehabilitacja kardiologiczna, ale uczestniczy w niej zaledwie 1 pacjent na 22. Obecnie są zbyt małe środki w stosunku do realny kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem NS, a eksperci szacują ich podwojenie w przeciągu 20 lat [3,10]. Naukowcy podkreślają, że niewydolność serca mimo wdrażania nowych terapii w tym zabiegowych jest ciągle znaczącym problemem w odniesieniu do zdrowia publicznego i określana jest mianem epidemii XXI wieku oraz porównują ją do złośliwości nowotworowej[12].

Choroby układu sercowo – naczyniowego są nadal najczęstszą przyczyną śmierci w Polsce i odnoszą się głównie do zawału i udaru mózgu. Obecnie stosowanie nowoczesnych metod terapii sprawiają,

że choroba niedokrwienna stała się chorobą przewlekłą. Stosowane leki łagodzą objawy. Plastyka naczyń wieńcowych i pomostowanie tętnic wieńcowych zapobiegają zawałom serca, a jeśli już wystąpi to zmniejsza śmiertelność czterokrotnie. Zabiegi te również przyczyniają się do trzykrotnego zmniejszenia liczby powikłań w stosunku do leczenia zachowawczego. Stopień natężenia symptomów schorzenia wpływa niewątpliwie na jakość życia. Badania wykazały, że pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą niedokrwienną serca (IHD) mają ograniczenia fizyczne, słabszy stan ogólny zdrowia, ograniczenia funkcji w sferze seksualnej, a także w gorszym stopniu budują więzi międzyludzkie. Nie bez znaczenia jest fakt, że chorzy ci w mniejszym stopniu dbają o poprawienie swojego stanu zdrowia poprzez palenie tytoniu, mają nadmierną masę ciała, stronią od uprawiania wysiłku fizycznego. Nie pomaga też fakt występowania przy tym innych chorób jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca, co w dalszym stopniu wpływa na pogorszeniu jakości snu, funkcji poznawczych, wywołuje stany niepokoju, stresu, depresje, a także zaburza relacje partnerskie. Jakość życia tych chorych łączona jest także z wiekiem oraz z płcią. Osoby młodsze po przebytym zawale mają lepszą jakość życia w sensie fizycznym, a starsi cieszą się lepszą Qol w sferze umysłowej. Mężczyźni po hospitalizacji związanej z zawałem serca mają większe trudności nie tylko w sferze psychicznej, ale również fizycznej [13].

Niewydolność serca jest chorobą postępującą, więc jakość życia chorych jest uzależniona od stopnia jej zaawansowania. W okresie bezobjawowym pacjenci funkcjonują nie zdając sobie sprawy nawet z jej istnienia. Pierwszy pobyt w szpitalu z powodu choroby serca niezależnie od przyczyn wywołuje pierwszy stres, co już wpływa na jakość życia. Pojawia się lęk o możliwość utraty życia związany zwłaszcza dusznością, brakiem powietrza, niemożnością przyjęcia pozycji leżącej. Najczęściej nie jest to ostatni

pobyt w szpitalu tych osób. Szacuje się, że z powodu HF 43,9% w fazie ostrej jest ponownie hospitalizowanych, prawie 31,9% w przewlekłej [6]. Po wprowadzeniu właściwego leczenia stan ogólny pacjentów ulega poprawie i może być stabilny na poziomie oczekiwanym. Również mimo intensyfikacji leczniczej następuje ciągłe pogorszenie stanu zdrowia. Prowadzi to odczuwania zagrożenia życia, więc narastania lęku, a nawet depresji. Odczuwają zmęczenie, źle tolerują wysiłek fizyczny. Zaburzone są relacje społeczne, rodzinne, zawodowe. Pacjenci borykają się z licznymi zaostrzeniami choroby, więc ponownie są hospitalizowani. Wiąże się to ze skróceniem okresu przeżycia o 2,4 roku po pierwszym okresie rehospitalizacji w ciągu 12 miesięcy, natomiast po czwartym skraca się do 0,6. [14,15,8]. Mimo prowadzenia nowoczesnego leczenia rokowanie wniewydolności serca jest niepomyślne, jest chorobą nieuleczalną. Badania wykazały, że osoby z HF znacznie dłużej cierpią, a stopień cierpienia związany z chorobą jest porównywalny do cierpienia osób z chorobą nowotworową. Potwierdzono także, że w zaawansowanym stadium choroby 40% osób w ostatnim roku życia nie potrafi wstać z fotela, czy łóżka. Stąd też kwalifikowanie ich do opieki paliatywnej w okresie schyłkowym NS [16].

W 2018 roku ruszył pilotażowy program kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca - KONS w oparciu o Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Objął on sześć ośrodków Warszawa, Gdańsk, Kraków, Wrocław, Zabrze i Poznań [17]. Najważniejszym jej elementem jest poprawa organizacji opieki ambulatoryjnej dla osób dotkniętych HF. Właściwa jej organizacja sprawi, że szybciej będzie rozpoznawana choroba, a także nadzorowane leczenie nowych przypadków jak i po pobycie szpitalnym. Brak takiego nadzoru w warunkach ambulatoryjnych powoduje zaostrzenie objawów chorobowych, a to skutkuje wysokim wskaźnikiem rehospitalizacji związany z NS. Mimo postępu leczenia

i dowodów naukowych na ich skuteczność pacjenci po wypisie ze szpitala nie mają odpowiedniej opieki ambulatoryjnych, a to prowadzi do dekompensacji i potęguje ryzyko zgonu. Dlatego konieczna jest współpraca kardiologów, internistów, lekarzy geriatrów i POZ, pielęgniarek specjalizujących się w tym zakresie, a także rehabilitantów, psychologów – szeroko rozumiany zespół wielospecjalistyczny. KONS zakłada, że postępowanie w niewydolności serca polega na rozpoznaniu objawów, prowadzenie diagnostyki, leczeniu, rehabilitacji, opieki długoterminowej, aż po opiekę paliatywną, Poza tym szeroko rozumianą edukację chorego z samokontrolą na czele [18]. Inicjatorami wprowadzenia tego programu byli między innymi członkowie Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Środowiska medyczne podczas VII Szczytu Narodowych Asocjacji Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Krakowie podpisali deklarację o konieczności prowadzenia Narodowego Programu Prewencji i Leczenia Niewydolności Serca. PTK organizuje wiele konferencji poruszające aktualne zagadnienia dotyczące NS. Dodatkowo swoim patronatem objęło Polskie Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Serca. Celem tego stowarzyszenia jest zjednoczenie chorych z tym problemem, tworzenie grup wsparcia, organizacja działań edukacyjnych. Ponadto współpraca z Ministerstwem Zdrowia, NFZ i PTK celem wprowadzenia najlepszego modelu opieki, dostępu do świadczeń zdrowotnych i nowoczesnych terapii. Słabe serce. PL to potral, z asygnatą PTK, chorych z niewydolnością serca. To tu pacjenci i ich rodziny mogą uzyskać część odpowiedzi na nurtujące ich pytania związane z chorobą, czym jest NS, jakie są objawy, powikłania, czy jak z żyć z chorobą. Jednocześnie mogą sami zadawać pytania online.

Wśród zespołu wielospecjalistycznego w opiece nad chorym z niewydolnością serca swoje zadania ma także pielęgniarka. Podczas

hospitalizacji chorych z NS pielęgniarka dokonuje podstawowych pomiarów życiowych, bierze udział w leczeniu farmakologicznym, w procesie diagnostycznym, rehabilitacyjnym i edukacyjnym. Ten ostatni ma za zadanie zarówno w warunkach szpitalnych jak i ambulatoryjnych aktywizacje pacjenta do udziału w procesie samokontroli i samoopieki. Poza tym jest składową wytycznych ESC i dopełnieniem obowiązującego postępowania. Osoba z NS powinna być pouczona o najistotniejszych kwestiach, które w rezultacie będą zapobiegać zaostrzeniom objawów choroby, liczbą hospitalizacji, postępowi choroby i opóźni efekt końcowy, czyli śmierć. Edukowana powinna być także rodzina chorego, która dostarczy poczucie bezpieczeństwa i wsparcie [19,20,1]. Edukacja wpływa na podniesienie poziomu samoopieki pacjentów z niewydolnością serca, jednocześnie poprawia jakość życia tych chorych, a jej zakres powinien obejmować: monitorowanie objawów NS, wizytę u lekarza przy nasileniu objawów, dostosowanie dawki diuretyków, regulowaną podaż płynów, regularne przyjmowanie leków, regularny wysiłek fizyczny, zdrowe odżywianie, zaprzestanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu oraz szczepienia przeciwko grypie i meningokokom [20]. Dane zawarte w literaturze na temat edukacji bezpośredniej wśród osób z HF informują, że stosownie jej przez pielęgniarki jest najczęściej prezentowanym sposobem edukacji chorych z NS. Jest też metodą na zmniejszenie liczby rehospitalizacji. Rice wraz z współbadaczami udowodnili, że edukacja zmniejsza częstość kolejnych pobytów w szpitalu i jednocześnie oddziałuje na poprawę jakości życia, a także stan psychiczny tych chorych. Natomiast Brethett wraz ze współbadaczami dowiedli, że grupa pacjentów z NS edukowanych przez pielęgniarki charakteryzowała się mniejszą ilością powtórnych hospitalizacji do 30 dni od ostatniego pobytu szpitalnego w odniesieniu do grupy chorych nie edukowanych [20]. Niewydolność serca jako choroba złożona, niejednorodna

obliguje pielęgniarkę do indywidualnej i holistycznej opieki. Pierwsze objawy choroby często pacjent bagatelizuje, zwłaszcza gdy szybko mijają dolegliwości i nie dociera do niego świadomość powagi sytuacji. Tu pielęgniarka mimo informowania i tłumaczenia ewentualnych zagrożeń, konieczności zmiany stylu życia niewielką ma siłę przebicia i dotarcia do takiej osoby. Pacjent często czuje się osaczony przez personel, bo przecież dobrze się czuje i nie przyjmuje wiadomości, że objawy choroby mogą powrócić, zaostrzyć się w niektórych sytuacjach. Niejednokrotnie bliscy tego pacjenta są bardziej przerażeni i to oni potrzebują uwagi, wsparcia i informacji. Kolejne pobyty w szpitalu z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca zmieniają postrzeganie choroby przez pacjenta. Pojawia się lęk, obawa o własne życie, niepewność przed koniecznością kontynuowania leczenia w warunkach domowych. Pojawiają się objawy depresji. Ogromne znaczenie ma wsparcie ze strony pielęgniarki, wytłumaczenie istoty choroby, postępowania w warunkach domowych i konieczność samoobserwacji. Ponadto istotną rolę odgrywa rodzina, którą nie tylko należy wspierać, tłumaczyć, informować, ale wskazać jak jest potrzebna choremu. Poinformować o możliwości skorzystania z porady psychologa czy też uczestniczenia w grupach wsparcia. Szczególnymi pacjentami są chorzy, u których niewydolność serca jest w takim stopniu zaawansowana, że pozostaje wdrożenie opieki paliatywnej. Rolą pielęgniarki jest wówczas zapewnienie jak najlepszej pielęgnacji, zapobieganie odleżynom, stosowanie udogodnień, kontrolowanie parametrów życiowych, niwelowanie objawów duszności, bólu, obserwowanie stanu świadomości, stworzenie poczucia bezpieczeństwa i godnego umierania. Naturalnie pielęgniarka współpracuje z rodziną pacjenta, udziela jej informacji, do których jest upoważniona i wsparcia.

Cel

Celem tej pracy jest ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca.

Materiał i metody

Badania prowadzono w okresie od 07.12. 2019 roku do dnia 01.02. 2020 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Błogosławionego księdza Jerzego Popiełuszki po uzyskaniu zgody dyrekcji tegoż szpitala. Na dokumencie są także podpisy kierowników, wyrażających aprobatę na prowadzenie badań w swoich jednostkach, oddziału kardiologii i wewnętrznego II. Ponadto badania prowadzono także w placówce medycznej Spółka z o. o. „MEDICORPLUS" Kardiolodzy za zgodą prezesa spółki. W badaniu jakości życia chorych z niewydolnością serca udział wzięło 105 osób, gdzie zdecydowanie dominowali mężczyźni w liczbie 67, stanowiąc 63,8% grupy badawczej. Kobiety natomiast w liczbie 38 obejmowały 36,2% ankietowanych. Średnia wieku badanych obu płci wynosiła 64,8 lat. Badanych podzielono na trzy grupy wiekowe, czyli do lat 60 to pierwsza grupa wiekowa, od 61 do 70 druga, a trzecia powyżej lat 70. Najliczniejszą grupą badawczą okazał się przedział wiekowy 61–70 lat i liczył 43 osoby, dając 41% ankietowanych, natomiast najmniej liczną, bo 30 osób i 28,6% to osoby w grupie wiekowej do lat 60.

W badaniach własnych posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, która popularność swą zawdzięcza możliwości zebrania opinii od znaczącej liczebnie populacji, biorąc pod uwagę dobranie grupy reprezentatywnej. Jest metodą implementowaną w badaniach ilościowych. Sondażowi diagnostycznemu poddawane są zjawiska społeczne, opinie zbiorowości lub stany świadomości społecznej [21,22]. W badaniach własnych wykorzystano kwestionariusz standaryzowany dotyczący zdrowia w polskiej wersji

i do użytku w Polsce EQ-5D-3L, do zastosowania którego otrzymałam certyfikat, których zamówienie i otrzymanie odbyło się drogą internetową poprzez maila. Do badań użyto również ankietę własnej konstrukcji. Kwestionariusz EQ-5D-3L opracowany został do prostej oceny jakości życia przez grupę EuroQol. Jest w tym celu często stosowany w Europie. Jego prostota pozwala respondentowi na samodzielne jego wypełnienie. Kwestionariusz w swym składzie zawiera część opisową i wizualną pod postacią skali analogowej EQ VAS. Wizualna skala EQ VAS ma postać linijki numerowana od 0 do 100. Określa stan zdrowia respondenta na dzień wypełniania przez niego kwestionariusza. 100 oznacza najlepszy wyobrażalny stan zdrowia ankietowanego, natomiast 0 to najgorszy odczuwalny stan zdrowia. Do respondenta należy zaznaczenie na osi punktu odczuwalnego stanu zdrowia i połączenie go z kwadratem znajdującym się obok skali numerycznej[23]. Na opisową część kwestionariusza składa się 5 domen określanych również wymiarami: zdolność poruszania się, samoobsługa, czynności dnia codziennego, ból/dyskomfort i niepokój/przygnębienie. Ankietowany zaznacza odpowiednio jedno z trzech okienek przy każdej domenie, oceniając swój stan zdrowia adekwatnie dla określonego poziomu. Pierwszy poziom oznacza brak problemów (oznacza się cyfrą 1), drugi mam trochę problemów lub umiarkowanie (oznacza się cyfrą 2), trzeci oznacza znaczące problemy (oznacza się cyfrą 3) [23]. Kwestionariusz własnej konstrukcji zawiera 16 pytań. Pierwsze cztery odpowiadają standardowej metryczce, czyli płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie. Kolejne pytania dotyczą zachowań zdrowotnych, leczenia i instytucji działających na rzecz chorych z NS. Umieszczono także skalę NYHA określającą wydolność wysiłkową ankietowanych. W analizie opisowej zastosowano tabele, w których przedstawiono liczebność i procent odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariuszy. Współzależność pomiędzy dwiema

zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R . Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami.

Wyniki

Celem badań była ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca poprzez sprecyzowane problemy badawcze między innymi poszukiwanie zależności między ilością hospitalizacji chorych z powodu niewydolności serca a ich jakością życia.

Tabela 1. Ilość pobytów w szpitalu z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca

odpowiedź	liczba	%
raz	40	38,1
dwa	20	19,0
trzy	15	14,3
cztery i powyżej	30	28,6
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca było w szpitalu raz – 40 osób (38,1%). Najmniej wskazało, że trzy razy – 15 osób (14,3%).

Tabela 2. Korelacja wieku i wyników jakości życia

wymiar	N	R	t(N-2)	poziom p
zdolność do poruszania się	105	0,323	3,459	0,001
samoobsługa	105	0,420	4,700	0,000
zwykle czynności	105	0,201	2,086	0,039
ból/ dyskomfort	105	0,222	2,308	0,023
niepokój/ przygnębienie	105	0,236	2,460	0,016
Ogółem	105	0,369	4,027	0,000
samoocena zdrowia	105	-0,198	-2,051	0,043

Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami zdolności do poruszania się, samoobsługi, wynikiem ogólnym jakości życia oraz w korelacji niskiej z wynikami pozostałych wymiarów i oceną stanu zdrowia ($p<0,05$).

Lepsze wyniki, we wszystkich wymiarach a co za tym idzie w wyniku ogólnym jakości życia odnotowano w grupie mężczyzn. Mężczyźni lepiej (wyżej) też ocenili swój stan zdrowia.

Tabela 3. Wyniki średnie jakości życia i oceny zdrowia w grupach płci

Płeć	wymiar	Średnia	SD	Mediana
Kobieta	zdolność do poruszania się	1,63	0,541	2,00
	samoobsługa	1,47	0,557	1,00
	zwykle czynności	1,63	0,541	2,00
	ból/ dyskomfort	1,89	0,453	2,00
	niepokój/ przygnębienie	1,82	0,457	2,00
	ogółem	1,69	0,344	1,80
	stan	49,89	15,660	50,00
Mężczyzna	zdolność do poruszania się	1,55	0,610	1,00
	samoobsługa	1,33	0,504	1,00
	zwykle czynności	1,46	0,586	1,00
	ból/ dyskomfort	1,67	0,533	2,00
	niepokój/ przygnębienie	1,55	0,558	2,00
	ogółem	1,50	0,414	1,40
	stan	57,82	18,852	60,00

Tabela 4. Wyniki średnie jakości życia i oceny zdrowia w grupach ilości pobytów w szpitalu

	zdolność do poruszania się	samoobsługa	zwykłe czynności	ból/ dyskomfort	niepokój/ przygnębienie	ogółem	tan
raz							
średnia	1,58	1,30	1,55	1,65	1,70	1,56	7,73
SD	0,675	0,564	0,639	0,580	0,564	0,454	1,83
mediana	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,50	5,50
dwa							
średnia	1,25	1,20	1,45	1,85	1,60	1,47	6,40
SD	0,444	0,410	0,510	0,489	0,503	0,299	2,588
mediana	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,40	0,00
trzy							
średnia	1,60	1,40	1,40	1,73	1,40	1,45	0,07
SD	0,507	0,507	0,507	0,594	0,507	0,342	7,240
mediana	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,40	0,00
cztery i powyżej							
średnia	1,80	1,60	1,60	1,83	1,73	1,71	2,73
SD	0,484	0,498	0,563	0,379	0,521	0,378	6,004
mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,80	0,00

Najlepsze wyniki, wymiaru zwykłych czynności oraz bólu/ dyskomfortu odnotowano w grupie wykształcenia zawodowego. W pozostałych wymiarach oraz wyniku ogólnym jakości życia grupie wykształcenia wyższego. Najgorsze wyniki wszystkich wymiarów oraz wyniku ogólnego odnotowano w grupie wykształcenia podstawowego. Badani z wykształceniem wyższym najlepiej (najwyżej) ocenili swój stan zdrowia, dalej badani z wykształceniem zawodowym, najgorzej badani z wykształceniem podstawowym.

Tabela 5. Wyniki Skali NYHA

klasa	odpowiedź	liczba	%
I	bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca	20	19,0
II	niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność	41	39,0
III	znaczne ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale aktywność mniejsza niż zwykła powoduje wystąpienie objawów	24	22,9
IV	każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości	20	19,0
	Razem	105	100,0

Najwięcej badanych w skali NYHA uzyskało wynik klasy II (niewielkie ograniczenie aktywności fizycznej – bez dolegliwości w spoczynku, ale zwykła aktywność powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność) – 41 osób (39,0%). Najmniej uzyskało wynik klasy I (bez ograniczeń – zwykły wysiłek fizyczny nie powoduje

większego zmęczenia, duszności ani kołatania serca) oraz IV (każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakakolwiek aktywność nasila dolegliwości) – po 20 osób (po 19,0%).

Tabela 6. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników jakości życia

wymiar	N	R	t(N-2)	poziom p
zdolność do poruszania się	105	0,194	2,003	0,048
samoobsługa	105	0,271	2,861	0,005
zwykle czynności	105	0,036	0,362	0,718
ból/ dyskomfort	105	0,153	1,575	0,118
niepokój/ przygnębienie	105	-0,010	-0,098	0,922
Ogółem	105	0,174	1,798	0,075
samoocena zdrowia	105	-0,139	-1,420	0,159

Ilość pobytów w szpitalu, pozostawała w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wymiaru zdolność do poruszania się oraz samoobsługa ($p<0,05$). Wynik ogólny jakości życia, na granicy istotności.

Badanie jakości życia chorych z NS oceniano poprzez związek między systematycznością przyjmowania leków, a częstością hospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca.

Tabela 7. Zapomnienie kiedykolwiek o zażyciu leków

odpowiedź	liczba	%
nigdy	62	59,0
raz w miesiącu	19	18,1
raz w tygodniu	17	16,2
więcej niż raz w tygodniu	7	6,7
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że nigdy nie zdarzyło im się zapomnieć o zażyciu leków – 62 osoby (59,0%). Najmniej wskazało, że więcej niż raz w tygodniu – 7 osób (6,7%).

Tabela 8. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników zapominania kiedykolwiek o zażyciu leków.

N	R	t(N-2)	poziom p
105	-0,009	-0,095	0,925

Ilość pobytów w szpitalu nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zapominania kiedykolwiek o zażyciu leków ($p>0,05$).

Wiedza na temat choroby jak i właściwe zachowania zdrowotne to istotne elementy procesu leczenie, lecz czy wystarczająca wiedza i właściwe zachowania zdrowotne mają wpływ na zmniejszoną liczbę hospitalizacji tych chorych?

Tabela 9. Samoocena poziomu wiedzy na temat niewydolności serca

odpowiedź	liczba	%
niski	48	45,7
wystarczający	51	48,6
wysoki	6	5,7
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że poziom ich wiedzy na temat niewydolności serca jest wystarczający – 51 osób (48,6%). Najmniej wskazało, że wysoki – 6 osób (5,7%).

Tabela 10. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i samoocena wiedzy na temat niewydolności serca

N	R	t(N-2)	poziom p
105	0,896	0,913	0,363

Nie odnotowano istotnej statystycznie korelacji pomiędzy ilością pobytów w szpitalu a wiedzą na temat niewydolności serca.

Tabela 11. Aktywność codziennego dnia

choroby	liczba	%
częściej pozycja siedząca	44	22,4
Spacery	55	28,1
ćwiczenia usprawniające	5	2,6
jazda na rowerze	27	13,8
nadal aktywność zawodowa	27	13,8
brak aktywności zawodowej	38	19,4
Razem	196	100,0

Badani odpowiadając na pytanie o aktywność codziennego dnia zaznaczali po kilka stwierdzeń. Łącznie odnotowano 196 odpowiedzi. Najwięcej badanych wskazało na spacery – 55 osób, co stanowiło 28,1% wszystkich zaznaczonych stwierdzeń. Dalej wskazywali na fakt częstszego spędzania czasu w pozycji siedzącej – 44 osoby (24%) oraz na brak aktywności zawodowej – 38 osób (19,4%). Najmniej badanych wskazało, ćwiczenia usprawniające – 5 osób (2,6%). Na jedną i dwie aktywności codziennego dnia wskazało – po 40 osób, na trzy aktywności – 24 osoby oraz na cztery aktywności – 1 osoba.

Tabela 12. Palenie papierosów w grupach płci

płeć	kobieta		mężczyzna	
odpowiedź	liczba	%	liczba	%
nigdy	22	57,9	12	17,9
w przeszłości	12	31,6	38	56,7
nadal	4	10,5	17	25,4
Razem	38	100,0	67	100,0

Najwięcej kobiet wskazało, że nie paliło papierosów nigdy – 22 osoby (57,9%). Najmniej wskazało, że pali nadal – 4 osoby (10,5%). Najwięcej mężczyzn wskazało, że nie paliło papierosy w przeszłości – 38 osób (56,7%). Najmniej wskazało, że pali nadal – 17 osób (25,4%).

Tabela 13. Spożywanie alkoholu w grupach płci

płeć	kobieta		mężczyzna	
odpowiedź	liczba	%	liczba	%
nigdy	17	44,7	3	4,5
w przeszłości	9	23,7	17	25,4
raz w miesiącu	10	26,3	26	38,8
raz w tygodniu	1	2,6	19	28,4
codziennie	1	2,6	2	3,0
Razem	38	100,0	67	100,0

Najwięcej kobiet wskazało, że nie spożywa alkoholu nigdy – 17 osób (44,7%) lub raz w miesiącu – 10 osób (26,3%). Najmniej wskazało, że spożywa alkohol raz w tygodniu lub codziennie – po 1 osobie (po 2,6%). Najwięcej mężczyzn wskazało, że raz w miesiącu – 26 osób (38,8%) lub raz w tygodniu – 19 osób (28,4%). Najmniej wskazało, że spożywa alkohol codziennie – 2 osoby (3,0%).

Tabela 14. Korelacja wieku i wyników zachowań zdrowotnych

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
palenie papierosów	105	-0,287	-3,037	0,003
picie alkoholu	105	-0,335	-3,610	0,000
pożywanie owoców i warzyw	105	0,039	0,394	0,694
aktywności codziennego dnia	105	-0,133	-1,366	0,175

Wiek badanych, pozostawał w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami zdolności do poruszania się, samoobsługi, wynikiem ogólnym jakości życia oraz w korelacji niskiej z wynikami pozostałych wymiarów i oceną stanu zdrowia ($p<0,05$).

Tabela 15. Spożywanie warzyw i owoców w grupach wykształcenia

Wykształcenie	podstawowe		zawodowe		średnie		wyższe	
odpowiedź	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
nigdy	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
raz w miesiącu	1	4,3	1	2,9	0	0,0	1	7,7
raz w tygodniu	12	52,2	14	40,0	9	26,5	1	7,7
codziennie	10	43,5	20	57,1	25	73,5	11	84,6
Razem	23	100,0	35	100,0	34	100,0	13	100,0

Najwięcej badanych z wykształceniem podstawowym wskazało, że spożywa warzywa i owoce raz tygodniu – 12 osób (52,2%). Najmniej raz w miesiącu – 1 osoba (4,3%). Najwięcej badanych z wykształceniem zawodowym wskazało, że spożywa warzywa i owoce codziennie – 20 osób (57,1%). Najmniej raz w miesiącu – 1 osoba (29%). Najwięcej badanych z wykształceniem średnim wskazało, że codziennie – 25 osób (73,5%). pozostali raz w tygodniu – 9 osób (26,5%). Najwięcej badanych z wykształceniem wyższym wskazało, że codziennie – 11 osób (84,6%). pozostali raz w miesiącu lub raz w tygodniu – po 1 osobie (po 7,7%).

Tabela 16. Korelacja ilości pobytów w szpitalu i wyników zachowań zdrowotnych

pozycja	N	R	t(N-2)	poziom p
palenie papierosów	105	0,072	0,731	0,467
picie alkoholu	105	-0,072	-0,732	0,466
spożywanie owoców i warzyw	105	-0,180	-1,852	0,067
aktywności codziennego dnia	105	0,121	1,236	0,219

Ilość pobytów w szpitalu, nie pozostawała w istotnej statystycznie korelacji z wynikami zachowań zdrowotnych($p>0,05$). Wynik spożywania owoców i warzyw, na granicy istotności.

Chorzy z niewydolnością serca powinni być zainteresowani poprawą jakości swojego życia i badanie miało wykazać, że pacjenci wykazują duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na ich rzecz oraz z porad pielęgniarskich.

Tabela 17. Częstość korzystania z porad lekarza kardiologa

odpowiedź	liczba	%
nigdy	27	25,7
raz w roku	38	36,2
dwa razy w roku	15	14,3
częściej niż 2 razy w roku	25	23,8
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że z porad lekarza kardiologa korzysta raz w roku – 38 osób (36,2%). Najmniej wskazało, że dwa razy w roku – 15 osób (14,3%).

Tabela 18. Sposób opłacania wizyt u lekarza kardiologa

odpowiedź	liczba	%
tylko ze środków NFZ	64	61,0
tylko ze środków własnych	6	5,7
środki własne i NFZ	35	33,3
Razem	105	100,0

Najwięcej badanych wskazało, że wizyty u lekarza kardiologa opłacane są tylko ze środków NFZ – 64 osoby (61,0%). Najmniej wskazało, że tylko ze środków własnych – 6 osób (5,7%).

Tabela 19. Skorzystanie z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii na podobnych zasadach jak z porad lekarza

odpowiedź	liczba	%
zdecydowanie nie	6	5,7
raczej nie	22	21,0
raczej tak	55	52,4
zdecydowanie tak	22	21,0
Razem	105	100,0

Większość badanych wskazało, że skorzystałaby z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii na podobnych zasadach jak z porad lekarza. Łącznie stwierdziło tak – 77 osób (73,4%), z czego najwięcej wskazało, że raczej tak – 55 osób (52,4%). Najmniej wskazało, że zdecydowanie nie – 6 osób (5,7%).

Tabela 20 . Znajomość organizacji, stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca

odpowiedź	liczba	%
tak	12	11,4
nie	93	88,6
Razem	105	100,0

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że nie zna organizacji, stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca – 93 osoby (88,6%).

Tabela 21. Chęć skorzystania ze wsparcia tych organizacji w celu poprawy jakości swojego życia

odpowiedź	liczba	%
zdecydowanie nie	4	3,8
raczej nie	27	25,7
raczej tak	51	48,6
zdecydowanie tak	23	21,9
Razem	105	100,0

Większość badanych wskazało, że skorzystałaby ze wsparcia takich organizacji w celu poprawy jakości swojego życia. Łącznie stwierdziły tak – 74 osoby (70,5%), z czego najwięcej wskazało, że raczej tak – 51 osób (48,6%). Najmniej wskazało, że zdecydowanie nie – 4 osoby (3,8%).

Dyskusja

Marcinkiewicz – Siemion i Kamiński w sowich badaniach wskazują, że niewydolność serca jest pierwszoplanowym powodem rehospitalizacji osób powyżej 65 roku i w Polsce około 25% chorych po wyjściu ze szpitala po ostrym incydencie NS w przeciągu 30 dni ponownie wymaga leczenia szpitalnego, liczbę rehospitalizacji określają na 53% tych chorych[15]. Badania własne zanotowały, że 62,9% osób było hospitalizowanych z powodu niewydolności serca więcej niż raz. Średni wiek badanych wynosił 64,8 lat i najliczniejszą grupą byli w przedziale wiekowym 61 -70 lat. Wśród wszystkich ankietowanych 25,7% osób stanowili czynni zawodowo. W klasie wydolności wysiłku według skali NYHA obniżoną tolerancję wysiłku miało łącznie 81% badanych z czego dominowała klasa II. Spośród pierwszorazowych pobytów szpitalnych związanych z niewydolnością serca połowa z nich miała objawy nietolerancji wysiłku. W analizie kwestionariusza EQ-5D-3L najgorzej prezentował wymiar ból/komfort i wyniósł 1,75 punktu i niepokój przygnębienie odnotowując 1,65 punktu. Średnia domeny samoobsługi wyniosła 1,38 punktu, a więc chorzy z niewydolnością serca w tym wymiarze mieli najmniej problemów. Osoby z niewydolnością serca w największym stopniu skarżyli się na umiarkowany dyskomfort lub ból, odczucia niepokoju lub przygnębienia na tym samym umiarkowanym poziomie. Podobnie w badaniu Głowackiej i Rosiak ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia dotyczące samoopieki były najmniejsze, natomiast w odczuwaniu bólu były największe[24]. Ankietowani w badaniu własnym oceniali swój stan zdrowia i był on bardzo zróżnicowana wynosił od 7 do 95 punktów, średnia wyniosła 54,95 punktu. Odchylenie standardowe oszacowano na 32,9%. W badaniu Głowackiej i Roszak wykazano największe ograniczenia w zakresie ogólnego stanu zdrowia 67,4% wśród osób powyżej 65 roku życia z niewydolnością serca i cukrzycą. Natomiast średnia

ocena jakości życia wszystkich badanych klasowała się w przybliżeniu 50% skali jakości życia i była podobna w obu badaniach. Kobiety charakteryzował nieco lepsza jakość życia [24]. Badania własne wskazują, że jakość życia we wszystkich domenach w grupie mężczyzn jest lepsza niż w grupie kobiet. Podobnie mężczyźni wyżej oceniają swoją jakość życia niż kobiety. Badani powyżej 70 roku życia mieli najgorsze wyniki we wszystkich wymiarach EQ-5D-3L. Natomiast w grupie młodszych badany najwyżej oceniali swój stan zdrowia. Mieszkańcy miast lepiej oceniali swój stan zdrowia. Także mieszkańców miast cechuje lepsza jakości życia poza poruszaniem się i czynnościami dnia codziennego. Biorąc pod uwagę wykształcenie im wyższe wykształcenie tym lepiej badani oceniali swój stan zdrowia. Osoby z wykształceniem podstawowym ocenili najgorzej swój stan zdrowia. W badaniu ilości hospitalizacji zaznaczono niski związek z wynikami wymiaru zdolności do poruszania się i oraz samoobsługi $p < 0,05$. Na granicy istotności jest wynik ogólnej jakości życia. W odniesieniu do wykształcenia i liczby hospitalizacji najgorsze wyniki jakości życia uzyskano u osób z podstawowym wykształceniem.

Powszechnie wiadomo, że stosowanie się do zaleceń i systematyczność przyjmowania leków jest nieodzownym czynnikiem powrotu do zdrowia lub poprawy jakości życia. W badaniu własnym 59% osób deklaruje, że nigdy nie zapomniała przyjąć zaleconych leków, a zaledwie 6,7% więcej niż raz w tygodniu o tym fakcie zapomniała. Natomiast Jankowska – Pułańska i Uchmanowicz w swoim artykule przytacza na podstawie badań Nieuwenhuisa i wsp., że 100% chorych przyznaje się do systematyczności przyjmowania leków, ale włączenie monitorowania przyjmowania leków powoduje obniżenie tej wartości o 24%[25]. W niniejszym badaniu ilość hospitalizacji z zaostrzeniem niewydolności serca z przyczyn zapomnienia nieprzyjęcia leków nie

pozostaje istotnej statystycznie korelacji, $p > 0.05$. Lelonek opierając się na badaniach rejestru Qualify i Optimize wskazuje na konieczność nie tylko systematyczności przyjmowania leków, ale także na właściwą dawkę leków zapobiegających zaostrzeniom niewydolności serca, a co za tym idzie mniejszej liczby ponownych hospitalizacji i zgonów [26].

Wiedza na temat własnej choroby jest ważnym elementem w procesie leczenia, ponieważ pozwala na samoobserwację poprzez rozpoznanie niepokojących objawów, a także poprzez właściwe zachowania zdrowotne opóźniać moment ich występowania. Wystarczający poziom wiedzy na temat niewydolności serca prezentuje 48,6% ankietowanych , a tylko 5,7% wysoki. Przekładając tę wiedzę na zachowania zdrowotne nie zanotowano istotnego związku ilości pobytów w szpitalu z wynikami zachowań zdrowotnych. Nie było także różnic istotnych statystycznie pomiędzy osobami mieszkającymi w mieście i na wsi w odniesieniu do wyników zachowań zdrowotnych. Badanie Wysokińskiego i Dmowskiej zachowań zdrowotnych wśród seniorów wykazało jednak lepsze zachowania seniorów zamieszkujących w mieście[11]. W badaniu własnym istotność statystyczną wyznaczona palenie papierosów i picie alkoholu. Wśród badanych 47,6% paliło papierosy w przeszłości, jednak nadal mimo choroby pali 20% z nich i większość reprezentują mężczyźni. Poprawę jakości życia poprzez zaprzestanie spożywania alkoholu zanotowano u 24,8% respondentów, ale 2,9% przyjmuje ten trunek codziennie. Pośród mężczyzn i kobiet obie te zależności są zbliżone procentowo. Codzienne spożywanie owoców i warzyw zalecane jest wszystkim osobom od najmłodszych lat jako profilaktyka i zdrowe żywienie oraz we wszystkich stanach chorobowych jako poprawę funkcjonowania organizmu. WHO zaleca dzienne ich spożycie od 4 do 5 porcji. Poprzez codzienne spożywanie owoców i warzyw 62.9%, a raz w tygodniu

34,3% ankietowanych wpływa na poprawę funkcjonowania organizmu. Osoby z wykształcenie podstawowym wśród pozostałych grup badanych prezentują jako najmniej spożywającą owoce i warzywa codziennie. Kolejnym ważnym elementem zachowań zdrowotnych jest aktywność ruchowa. Tylko 4,6% spośród badanych wykonuje ćwiczenia usprawniające, a najczęstszą aktywnością ruchową są spacery. Dużą grupa chorych wśród badanych stanowią osoby, które większość czasu spędzają w pozycji siedzącej to 41,9%. W badaniach zachowań zdrowotnych wśród seniorów Wysokińskiego i Dmowskiej lepszy poziom zachowań zdrowotnych odnotowano tam wśród badanych stanu wolnego, a niżeli w związku i ponadto 47% prezentowało wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród ogółu[11]. W badaniu Piejko i Nowak respondentów charakteryzowała chęć podejmowania zachowań prozdrowotnych jednocześnie zauważono istotne błędy żywieniowe, których przyczynę upatrywano w niedostatecznej wiedzy lub negatywnych przyzwyczajeniach żywieniowych [27].

Osoby biorące udział w badaniu wykazują zainteresowanie poprawy jakości życia poprzez korzystanie z porad lekarza kardiologa. 74% badanych jest raz w roku lub częściej na wizycie u specjalisty. Większość wizyt lekarskich opłacanych jest ze środków NFZ 61%, ale również respondenci finansują porady kardiologa ze środków własnych. Propozycję skorzystania z porady lekarza kardiologa przed przyjęciem do szpitala wśród ankietowanych otrzymało 49,5% badanych. To niespełna połowa badanych. Powodem może być nagłość pierwszorazowego incydentu niewydolności serca lub bagatelizowanie sygnałów ze strony organizmu, ze coś złego się dzieje, przez chorych. Badanie wykazało, że 79% osób w celu poprawy jakości życia chciałoby być skierowane na specjalistyczną rehabilitację kardiologiczną. Zielińska, Rynkiewicz i wsp. wykazali w swoich badaniach poprawę jakości życia w NS

poprzez rehabilitację kardiologiczną, która przyczynia się do zwiększenia tolerancji wysiłku, a tym samym wydolności fizycznej osób w okresie stabilizacji choroby[28]. Podobnie Cieślik analizując piśmiennictwo dotyczące rehabilitacji powołuje się na badania 10 letnie u chorych z przewlekłą NS nadzorowane Belardinelii i wsp. wskazuje korzyści wynikające z treningu fizycznego, który przynosi poprawę jakości życia tych chorych oraz zmniejsza ilość incydentów sercowych, hospitalizacji i liczbę zgonów[29]. Respondenci także chętnie skorzystaliby z porady pielęgniarki specjalistki w dziedzinie kardiologii udzielając odpowiedzi twierdzącej 73,4% w tym raczej tak w 52,4% i zdecydowanie tak 21%. Opierając się na danych CBOS z grudnia 2019 zawód pielęgniarki jest w rankingu zawodów zaufania publicznego na drugim miejscu w sondażu, uzyskując 89% deklarowanego szacunku przez wszystkie grupy biorące udział w sondażu bez względu na wiek i wykształcenie. Znaczna liczba ankietowanych, 88,6% nie wie, że są i nie zna stowarzyszeń działających na rzecz chorych z niewydolnością serca, ale 74% osób chciałoby, w celu poprawy jakości życia skorzystać z ich wsparcia. Mimo iż brak doniesień zainteresowania stowarzyszeniami osób z niewydolnością serca działających na ich rzecz w piśmiennictwie. To jednak istotnym faktem jest ich istnienie łącząc ludzi chorych i ich rodziny, specjalistów w tej dziedzinie, propagowanie wiedzy w tym temacie, organizowanie konferencji i oddziaływanie na decydentów w celu poprawy jakości życia tych osób poprzez poprawę funkcjonowania systemu zdrowia.

Wnioski

1. Ilość hospitalizacji istotnie statystycznie koreluje z wybranymi parametrami jakości życia pacjentów z niewydolnością serca.

2. Badanie nie wykazało istotnego związku pomiędzy systematycznym stosowaniem leków a liczbą hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca.

3. Badanie nie wykazało istotnego statystycznie związku pomiędzy zmniejszoną liczbą pobytów w szpitalu a wystarczającą wiedzą na temat niewydolności serca i właściwymi zachowaniami zdrowotnymi.

4. Aż 75% chorych z niewydolnością serca wykazała duże zainteresowanie działalnością instytucji medycznych, stowarzyszeń działających na rzecz tych chorych w celu poprawy jakości życia oraz porad pielęgniarskich.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Niewydolność serca jako choroba złożona, niejednorodna obliguje pielęgniarkę do indywidualnej i holistycznej opieki nad pacjentem. Edukacja prowadzona przez pielęgniarki wpływa na podniesienie poziomu samoopieki chorych z niewydolnością serca, jednocześnie poprawia jakość ich życia i jest metodą na zmniejszenie liczby rehospitalizacji z powodu zaostrzenia objawów niewydolności serca.

Bibliografia/Bibliography:

1. Ponikowski P., Voors A.A. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. Kardiologia Polska 2016;10:1044-1048,1108-1109.

2. Litwiński P., Kuśmierczyk M. Skrajna niewydolność serca – punkt widzenia kardiochirurga. Kardiologia po dyplomie 2018;17,5:41.

3. Hoffman P., Straburzyńska – Migaj E. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016 – Materiały informacyjne Sekcji Niewydolności Serca. Health Policy Partnership NOVARTIS FARMACEUTICALS 2018:4-6.

4. Cleland J.G.F. Heart failure: A medical Hydra. Lancet 1998;352:1-2.

5. Kowara M., Grabowski M. Przewlekła niewydolność serca – przyczyny, rozpoznanie i leczenie. Kardiologia po Dyplomie, 2018;17,3:73-74.

6. Imiela T., Budaj A. Znaczenie chorób towarzyszących i zespołu kruchości u chorych w podeszłym wieku z niewydolnością serca. Postępy Nauk Medycznych. 2015, XXVIII,11B:26-28.

7. Kalowski M., Urbanek I. Wytyczne ESC dotyczące postępowania w niewydolności serca 2016 –omówienie najważniejszych zaleceń. Kardiologia po dyplomie. 2017;16,5-6:18-20.

8. Nessler J., Nessler B. Pacjent z zaostrzeniem niewydolności serca – praktyczne wskazówki postępowania w okresie około wypisowym. Choroby Serca i Naczyń. 2016;13,2:77.

9. Sobański P., Stec S. Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej. Medycyna Paliatywna w Praktyce.2010,4,4:169.

10. Kloch M. Niewydolność serca - problem zdrowotny i społeczno–ekonomiczny. Praca Poglądowa. Zakład Dydaktyki Medycznej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. Kraków 2018:602-604.

11. Wysokiński M., Dmowska P. Zachowania zdrowotne a akceptacja choroby osób w podeszłym wieku. Geriatria, 2019;13:79-81.

12. Mamas A.: Do patients have worse outcommes In heart failure than In carcer? A primery care- based kohort study with 10 –year fallow – up in Scotland. Europen Juornal of Heart Failure 2017;9:1095-1104.

13. Mościcka S., Wójcik L. D. Jakość życia w chorobie niedokrwiennej serca. Choroby Serca i Naczyń 2015;12,5:282-288.

14. Łagoda K., Bachórzewska – Gajewska H. Jakość życia w wybranych chorobach układu sercowo – naczyniowego. Jakość życia w naukach medycznych i społecznych Tom I, Białystok 2017:87.

15. Marcinkiewicz – Siemion M., Kamiński K. A. Rehospitalizacje w niewydolności serca z upośledzoną funkcją lewej komory - strategie zapobiegania. Choroby Serca i Naczyń. 2016;13,5:323-328.

16. Tymińska A., Kapłon- Cieślicka A.: Niewydolność serca – nowe biomarkery na horyzoncie? Varia Medica 2019;3,1:40.

17. GOV. PL. Strona Ministerstwa Zdrowia, 06.12.2019. godz.22:28 https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-zainaugurowal-pilotaz-kompleksowej-opieki-nad-osobami-z-niewydolnoscia-serca-kons

18. Nessler J., Zalewski J. Projekt kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (KONS). Kardiologia Inwazyjna 2018;6,13:10-16.

19. Kaszuba D., Nowicka A. Pielęgniarstwo Kardiologiczne - Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2011;80 -82:183 - 185, 190-193.

20. Kolasa J., Maciejewski C. Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. Folia Cardiologica 2019;14,3:252-256.

21. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów medycznych. PZWL Warszawa 2010:87-99.

22. Lesińska –Sawicka M. Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów. PWSZ Piła IBSEN, 2017:34 -37.

23. Petryszyn P., Kempa K. Użyteczność stanów zdrowia EQ-D5 oceniane z zastosowaniem metod bezpośrednich przez studentów V roku farmacji UM we Wrocławiu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2015;3(44):171.

24. Głowacka M. Roszak A. Jakość życia seniorów na przykładzie chorych z zaostrzeniem niewydolności serca i chorych na cukrzycę. Geriatria 2017:173.

25. Jankowska-Polańska B. Uchmanowicz I. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych w niewydolności serca. Choroby serca i naczyń 2016; 13,3,228-229.

26. Lelonek M. Niewydolność serca-okres około wypisowy kluczowym elementem postępowania. Folia Cardiologica 2018:373-375.

27. Piejko L., Nowak Z. Wybrane zachowania zdrowotne a jakość diety pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca i po przebytym zawale serca. Rozprawy naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2017;59:35.

28. Zielińska D., Rynkiewicz A. Wpływ kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej na wydolność fizyczną i jakość życia chorych z upośledzoną czynnością lewej komory. Folia Cardiologica 2006;13,3:214-215.

29. Cieślik B.: Udział pacjentów w rehabilitacji kardiologicznej i formach aktywności fizycznej –przegląd piśmiennictwa. Acta Bio-Optica et Informatica Medica Inżynieria Biomedyczna 2017 23,2, 129.

Ocena jakości życia seniorów z otyłością przebywających w środowisku domowym

Assessment of the quality of life of obese seniors staying in the home environment

MARIOLA RYBKA [1], IWONA KAWCZYŃSKA [2]

[1]Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Szpital Lipno Sp. z o.o.
[2] Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu, Konstytucji 3 Maja 42

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.008
ISSN:2451-1846

Streszczenie

Wstęp. Jakość życia to pojęcie trudne do zdefiniowania, ponieważ stanowi odniesienie do subiektywnego odczucia zadowolenia, na które ma wpływ wiele czynników min. otyłość.

Cel. Celem pracy była ocena wpływu otyłości na jakość życia seniorów po 65 roku życia przebywających w środowisku domowym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Włocławku. W badaniu udział wzięło 100 osób w wieku 65 lat i powyżej przebywający w środowisku domowym. Badania przeprowadzono w oparciu o anonimowy kwestionariusz konstrukcji własnej oraz ankietę WHOQOL – BREF.

Wyniki. W przeprowadzonych badaniach najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 65-70 lat, co czwarta osoba była w wieku 71-75 lat. Wśród badanej grupy 32% respondentów ma nadwagę, 28% respondentów ma otyłość I stopnia, 7% otyłość II stopnia. Z badań wynika, że ¾ badanych posiadała nadwagę lub otyłość. Respondenci z otyłością II stopnia wskazują na niski poziom zadowolenia ze swojego stanu zdrowia.

Wnioski. Jakość życia seniorów przebywających w środowisku domowym jest przeciętna, ale skala problemu otyłości obliczona na podstawie BMI jest wysoka. Uzyskane wyniki potwierdzają, że nadwaga i otyłość w dużym stopniu dotyczy populacji osób ≥65 lat

Słowa kluczowe: senior, otyłość, nadwaga , BMI, jakość życia

Summary

Admission. Quality of life is a difficult concept to define because it is a reference to the subjective feeling of satisfaction that is influenced by many factors, including obesity.

Aim. The aim of the study was to assess the impact of obesity on the quality of life of seniors over 65 living in the home environment.

Material and methods. The research was conducted among students of the University of the Third Age in Włocławek. The study included 100 people aged 65 and over living in a home environment. The research was conducted on the basis of an anonymous proprietary questionnaire and the WHOQOL - BREF survey.

Results. In the conducted research, the most numerous group were people aged 65-70, every fourth person was aged 71-75. Among the surveyed group, 32% of the respondents are overweight, 28% of the respondents are obese I degree, 7% obese II degree. The research shows that of the respondents were overweight or obese. Respondents with 2nd degree obesity indicate a low level of satisfaction with their health condition.

Conclusions. The quality of life of seniors staying in the home environment is average, but the scale of the obesity problem calculated on the basis of BMI is high. The obtained results confirm that overweight and obesity largely affects the population of people ≥65 years old.

Keywords: senior, obesity, overweight, BMI, quality of life

Wstęp

Otyłość stanowi bardzo duży problem, zwłaszcza u ludzi w starszym wieku, ponieważ jest to jeden z czynników mających wpływ na pogorszenie ogólnego stan zdrowia [1]. W Polsce z niepokojem obserwuje się zjawisko niskiego poziomu aktywności fizycznej społeczeństwa, co ma wpływ na powstanie nadwagi lub otyłości [2]. Otyłość zaliczana jest do przewlekłych chorób metabolicznych, która wynika z zaburzeń homeostazy energii, pomiędzy podażą, a wydatkowaniem energii [3]. Otyłość, prowadzi do wystąpienia chorób przewlekłych jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, depresja, zaburzenia hormonalne, [4]. W przeciągu ostatnich kilkunastu lat obserwuje się znaczny wzrost występowania nadwagi i otyłości wśród osób starszych nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie stanowi to poważny problem epidemiologiczny [40]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w Polsce, co druga osoba dorosła ma problem z nadwagą, a co czwarty ma problem z otyłością. Wyniki badań alarmują, że otyłość to czynnik ryzyka, który jest na szóstym miejscu, jeśli chodzi o liczbę zgonów na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia, że nadprogramowe kilogramy są przyczyną około 3 milionów zgonów na świecie w ciągu roku. Nadmierną masę ciała, ma około 70% seniorów i co czwarta osoba zalicza się do otyłych z BMI > 30. Otyłość to stan chorobowy, który charakteryzuje się nadmierną tkanką tłuszczową, która może prowadzić do zwiększenia ryzyka wielu chorób zarówno układu krążenia, jak i nowotworów złośliwych [5]. Otyłość zwłaszcza wśród seniorów prowadzi do znacznego pogorszenia zdrowia. Czynnikami, które mają istotny wpływ na pojawienie się nadwagi lub otyłości to w 60% zły styl życia [6,7]. Według Kotwasa ryzyko wystąpienia choroby zwyrodnienia stawów z powodu otyłości lub nadwagi u kobiet jest częściej występującym zjawiskiem niż u mężczyzn [8]. Otyłość ma wpływ na

powstawanie nowotworów: jelita grubego, jajników, wątroby, a także trzustki [9]. Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn otyłość prowadzi do pogorszenia się sprawności i jest wprost proporcjonalna do codziennej aktywności [10]. Osoby z nadwagą lub otyłością znajdują się w grupie ryzyka choroby Alzheimera [11]. Dieta śródziemnomorska, zmniejsza ryzyko przedwczesnej śmierci oraz zmniejsza ryzyko powikłań w chorobach układu krążenia. Regularnie prowadzona aktywność fizyczna, prowadzi do poprawy wydolności organizmu oraz normalizacji masy ciała, lepszego samopoczucia seniora [12,13]. Procesu starzenia nie można zatrzymać, ale można mieć wpływ na jakość życia, a otyłość jest jednym z czynników mających negatywny wpływ na długość życia [14]. Zdrowy styl życia jest szansą na dłuższe i lepsze życie seniorów. W pierwszej kolejności powinno się dążyć do tego, aby jak najdłużej utrzymać sprawność, aktywność, samodzielność i niezależność od osób trzecich. Należy pamiętać, że oprócz zdrowego stylu życia, trzeba zadbać też o jego jakość. Wiedza osób starszych dotycząca zdrowego stylu życia ma prowadzić do polepszenia ich zdrowia oraz optymalnej jakości życia [15].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia seniorów z otyłością przebywających w środowisku domowym.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Włocławku. W badaniu udział wzięły osoby w wieku 65 lat i powyżej przebywający w środowisku domowym. Badanie zostało przeprowadzone w sposób anonimowy. Kwestionariusz ankiety był wypełniony przez respondentów indywidualnie. W pracy wykorzystano technikę badawczą w postaci ankiety, która zawierała dane socjomedyczne dotyczące min. nawyków

żywieniowych, drugą cześć stanowił kwestionariusz WHOQOL – BREF, który posłużył do oceny jakości życia. Respondenci stanowili grupę 100 osób. Zebrany materiał na bieżąco został wprowadzany do specjalnie opracowanej na potrzebę badań bazy danych programu Excel. Został poddany analizie opisowej, graficznej i statystycznej. Została zbadana zależność statystyczna testem χ^2 dla prób niezależnych, przyjęto 5% ryzyko błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

W przeprowadzonych badaniach wyodrębniono 5 grup wiekowych: najliczniejszą grupę stanowiły (41%) osoby w wieku 65-70 lat. 27% badanych stanowiły osoby w wieku 71-75 lat. Kolejną grupę osób stanowili badani w wieku 76-80 lat (20%) oraz respondenci w wieku 81-85 lat, którzy stanowili 11% badanej populacji . Najmniej liczną grupę stanowiły osoby wieku 86-90 lat. Z pośród badanej grupy osób 83% z nich stanowili mieszkańcy miast, natomiast 17% osób mieszka na wsi. Z przeprowadzonych badań wynika, iż 47% badanych posiadała wykształcenie średnie, 28% badanych posiadała wykształcenie zawodowe, co czwarta osoba posiadała wykształcenie wyższe, a jedynie 10 respondentów posiadało wykształcenie podstawowe. W odniesieniu do oceny w zakresie sytuacji materialnej 53% badanych wskazuje na średnią, 35% badanych dobrą, 8% badanych bardzo dobrą, a 4% respondentów wskazuje na złą sytuację finansową. Wśród badanej grupy 32% respondentów ma nadwagę, 28% respondentów ma otyłość I stopnia, otyłość II stopnia ma 7% ankietowanych. Z niedowagą boryka się 4% badanych, zaledwie co piąta osoba badana ma prawidłową masę ciała.

W zakresie nawyków żywieniowych 45% ankietowanych spożywa 3-4 posiłki dziennie, 23% respondentów przyznaje, że je posiłki nieregularnie, 22% badanych spożywa 5 posiłków dziennie,

a 10% badanych spożywa tylko dwa posiłki dziennie. 37% badanych najczęściej spożywa potrawy gotowane, 36% smażone, 17% pieczone, a 10% duszone. Wśród badanej grupy osób 53% z nich słodycze spożywa 1-2 razy w tygodniu, 18% codziennie, 16% 3-4 razy w tygodniu, natomiast 13% respondentów nie spożywa słodyczy w ogóle.

Ponad połowa badanych (58%) przyznaje że podjada między posiłkami. Natomiast 42% ankietowanych twierdzi, iż nie posiada takiego nawyku. Z uzyskanych wyników badań wynika, że 41% ankietowanych najchętniej podjada owoce, 14% słone przekąski, 9% słodycze, a 5% podjada kanapki. Co do aktywności fizycznej 57% ankietowanych wskazuje, że uprawia umiarkowaną aktywność fizyczną, 28% słabą, a jedynie 15% wskazuje na codzienną aktywność fizyczną. Respondenci wskazując na najczęstsze powody otyłości zaznaczyli: nieregularne jedzenie (18 osób), podłoże genetyczne (12 osób), niska aktywność fizyczna (11 osób) przyjmowanie leków (8 osób) oraz wielochorobowość (6 osób).

Tabela nr I wskazuje nam poziom zadowolenia respondentów ze swojego stanu zdrowia w odniesieniu do BMI. Analiza statystyczna uzyskanych danych wykazała istotną zależność w ocenie poziomu zadowolenia ze swojego zdrowia na podstawie obliczonego BMI, 22% ankietowanych z nadwagą ocenia swoje zdrowie na przeciętne, 3% jest niezadowolonych, a 7% jest zadowolonych. 11% z otyłością I stopnia jest niezadowolonych, 8% oceniło jako ani zadowolony, ani niezadowolony, a 9% oceniło, że są zadowoleni ze swojego zdrowia. 4% ankietowanych z otyłością II stopnia jest niezadowolonych ze swojego zdrowia, 2% jest bardzo niezadowolonych, a tylko 1% jest zadowolony ze swojego zdrowia.

Tabela 1. Ocena stopnia zadowolenia ze swojego zdrowia, a BMI.

			Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze swojego zdrowia?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Bardzo nie-zadowolony	Nie-zadowolony	...zadowolony, ani nie-zadowolony	Zadowolony			
BMI	niedowaga	n	0	2	2	0	4	60,24	0,0001
		%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0 %		
	prawidłowa masa ciała	n	0	4	7	18	29		
		%	0,0%	13,8%	24,1%	62,1%	100,0 %		
	nadwaga	n	0	3	22	7	32		
		%	0,0%	9,4%	68,8%	21,9%	100,0 %		
	otyłość I stopnia	n	0	11	8	9	28		
		%	0,0%	39,3%	28,6%	32,1%	100,0 %		
	otyłość II stopnia	n	2	4	0	1	7		
		%	28,6%	57,1%	0,0%	14,3%	100,0 %		
Ogółem		n	2	24	39	35	100		
		%	2,0%	24,0%	39,0%	35,0%	100,0 %		

N - liczba przypadków ważnych; **chi kwadrat** – wynik testu statystycznego Chi kwadrat; **p** – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Odniesienie wskaźnika BMI do jakości życia w zakresie czterech dziedzin życia: fizycznego, psychicznego, społecznego i środowiskowego przedstawia tabela nr II.

Tabela 2. Analiza statystyczna BMI w odniesieniu do czterech dziedzin jakości życia : funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku.

BMI		Somatyczna	Psychologiczna	Socjalna	Środowisko
niedowaga	Średnia	21,5000	16,0000	8,5000	25,5000
	N	4	4	4	4
	Odchylenie standardowe	0,57735	1,41421	0,57735	1,00000
prawidłowa masa ciała	Średnia	22,3103	18,7241	9,5862	26,8621
	N	29	29	29	29
	Odchylenie standardowe	2,12306	2,37391	2,04446	3,32441
nadwaga	Średnia	21,2813	18,5000	9,7500	26,2500
	N	32	32	32	32
	Odchylenie standardowe	2,70286	2,60273	1,64611	4,15040
otyłość I stopnia	Średnia	21,2143	19,0000	9,0714	27,1071
	N	28	28	28	28
	Odchylenie standardowe	3,18977	3,25463	2,38713	4,01238
otyłość II stopnia	Średnia	21,5714	16,1429	10,2857	24,4286
	N	7	7	7	7
	Odchylenie standardowe	3,73529	1,46385	1,25357	,53452
Ogółem	Średnia	21,5900	18,4400	9,5000	26,5100
	N	100	100	100	100
	Odchylenie standardowe	2,72324	2,74256	1,96176	3,66941
F		0,737	2,542	1,019	0,928
p		0,569	0,055	0,401	0,451

N - liczba przypadków ważnych; **chi kwadrat** – wynik testu statystycznego Chi kwadrat; **p** – wyliczone prawdopodobieństwo testowe.

Istotną zależność zaobserwowano pomiędzy poziomem otyłości ankietowanych, a częstością spożywania posiłków w ciągu dnia. Ponad 62% badanych z prawidłową masą ciała spożywa 3-4 posiłki dziennie. Natomiast ponad 31% badanych z nadwagą przyznaje, iż je posiłki nieregularnie. Również zależność statystyczną zaobserwowano pomiędzy poziomem otyłości ankietowanych, a tym jakie potrawy najczęściej spożywają. Ponad 44% badanych z prawidłową masą ciała najczęściej spożywa potrawy gotowane. Natomiast ponad 37% badanych z nadwagą spożywa głównie potrawy smażone. Podobne zależności występują pomiędzy poziomem otyłości ankietowanych, a tym jak często spożywają słodycze. 69% badanych z prawidłową masą ciała 1-2 razy w tygodniu spożywa słodycze. Natomiast ponad 28% badanych z otyłością II stopnia słodycze je 3-4 razy w tygodniu. Analiza statystyczna danych wykazała istotną zależność pomiędzy poziomem otyłości ankietowanych, a ich oceną własnej aktywności fizycznej. Respondenci, u których stwierdzono otyłość II stopnia słabo ocenia swoją aktywność fizyczną lub też wcale z niej nie korzystają. Natomiast ponad 65% badanych z prawidłową masą ciała pozytywnie ocenia swoją aktywność fizyczną. Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią i wiekiem ankietowanych, a oceną jakości życia w każdej z dziedzin. Natomiast pojawiła się istotna zależność pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a oceną jakości życia. Osoby zamieszkujące w aglomeracjach miejskich wykazywały wyższy poziom jakości życia w odniesieniu do grupy respondentów zamieszkujących tereny wiejskie.

Dyskusja

W badaniu co trzecia osoba to kobieta, zaledwie ¼ badanych stanowili mężczyźni jest to potwierdzenie danych epidemiologicznych w kraju gdzie w wieku senioralnym zdecydowaną większość stanowią

kobiety. Porównywalne proporcje grupy seniorów pod względem płci uzyskiwali inni autorzy [16,17]. Z przeprowadzonych badań wynika, że średnia ocena jakości życia seniorów przebywających w środowisku domowym wyniosła 3,27 punktu i świadczy to o tym, że jest to wynik przeciętny. Od oceny jakości życia, seniorzy niżej ocenili zadowolenie ze swojego zdrowia bo 3,07 punktu. Porównywalne wynik uzyskała w swoich badaniach Sierakowska[17]. Badania wykazały, że seniorzy przebywający w środowisku domowym mają problem z regularnym prowadzeniem aktywności fizycznej, co również potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Wasiluk, Saczuk, Szyszkę i Chazan gdzie zaobserwowano, że regularna aktywność fizyczna u seniorów, powoduje spowolnienie procesu starzenia. Autorzy tych badań zauważyli również, że poziom aktywności fizycznej wśród osób starszych jest niski i liczba osób, które ćwiczą regularnie obniża się wraz z wiekiem [18]. Uzyskane wyniki badań są porównywalne ponieważ najmniejszą aktywność fizyczną wykazują seniorzy z grupy wiekowej 76-80 lat. Badania przeprowadzone przez Brończyk – Puzoń oraz Joannę Bieniek wykazały, że kwestia nadwagi oraz otyłości jest spowodowana różnymi czynnikami, respondenci najczęściej wskazali na samotność, depresję, izolację społeczną, choroby przewlekłe oraz niski status ekonomiczny[19]. Porównywalne wyniki uzyskała Ożga i Małgorzewicz [20]. Analiza uzyskanych wyników badań na potrzeby tejże pracy są porównywalne z wynikami powyżej cytowanych autorów. Badania wykonane przez Lejzerowicz – Zajączkowską oraz Hajduka wykazały, że problemy ze zdrowiem, izolacja społeczna mają duży wpływ na zmniejszenie samodzielności wśród seniorów. Ponadto wyniki badań potwierdziły, że aktywność fizyczna powoduje zwiększenie samodzielności oraz poprawia jakość życia osób starszych. Seniorzy poprzez uczęszczanie na zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku zapobiegają wykluczeniu społecznemu i jest to dla nich dobra terapia edukacyjna [21]. Możemy również

wysnuć potwierdzenie, że respondenci , którzy brali udział w naszym badaniu również poprzez swoją aktywność w zajęciach wspomagają swoją niezależność. Badania przeprowadzone przez Gnacińską – Szymańską Dardzińską, Małgorzewicz i Majkowicza wskazały, że ważnym zadaniem przed rozpoczęciem leczenia osób zmagających się z nadwagą i otyłością jest ocena jakości ich życia, a przede wszystkim ocena ich stanu psychicznego. Seniorom z nadwagą i otyłością zaleca się ocenę jakości życia przy pomocy kwestionariusza WHOQOL – BREF [22]. Powyższe wnioski potwierdzają trafność doboru narzędzia użytego do badania respondentów na potrzeby tejże pracy. Salwach – Kuberska i Obara – Gołębiowska przeprowadziły badania przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-BREF do oceny jakości życia osób z otyłością, z których wynika, że podczas terapii odchudzającej ważne jest wsparcie członków zespołu terapeutycznego, podnosi to ich samoocenę dotyczącą ich zdrowia oraz ma wpływ na poprawę jakości ich życia [23]. Porównywalne wyniki uzyskała Wajszczyk, Chabros, Charzewską i Chwojnowską gdzie uzyskane wyniki potwierdzają zależność stylu życia a uzyskiwanym poziom jakości życia seniorów [24]. W prezentowanej pracy ponad połowa badanych deklarowała niezadowolenie ze swojego zdrowia uzyskane wynik znajdują potwierdzenie w badaniach prowadzonych przez Bobiatyńską[25]. Jakość życia w chorobach przewlekłych, a do nich też zaliczamy otyłość zależy nie tylko od nasilającego się procesu chorobowego, ale od sposobu radzenia sobie z pojawiającymi problemami.

Wnioski

1. Jakość życia seniorów przebywających w środowisku domowym jest przeciętna, ale skala problemu otyłości obliczona na podstawie BMI jest wysoka. Uzyskane wyniki potwierdzają, że nadwaga i otyłość w dużym stopniu dotyczy populacji osób ≥65 lat.

2. Badania wykazały, że najważniejszą przyczyną nasilającej się otyłości wśród osób starszych to nieregularne jedzenie. Zebrane wyniki badań pozwalają stwierdzić, istotną zależność pomiędzy poziomem otyłości ankietowanych, a ich oceną własnej aktywności fizycznej, im większy poziom otyłości tym mniejszy zakres aktywności.
3. Seniorzy przebywający w środowisku domowym wykazują niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia, im wyższy poziom otyłości tym większy poziom niezadowolenia.
4. Czynniki socjodemograficzne jak (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) osób z otyłością nie mają wpływu na ogólną ocenę dotyczącą jakości życia. Natomiast sytuacja materialna ankietowanych ma wpływ na ocenę jakości życia w dziedzinie somatycznej i środowiskowej

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentkami z nadwagą lub otyłością powinny systematycznie doskonalić zasób swojej wiedzy i umiejętności z zakresu prowadzenia skutecznej edukacji dotyczącej zdrowego stylu życia.

Bibliografia/Bibliography:

1. Mulawka P., Dereziński T., Jaroszyński A.J., Wolf J. Rozpowszechnienie otyłości u osób w podeszłym wieku. Forum Medycyny Rodzinnej. 2015;9(2):88-90.

2. Duda B. Aktywność i sprawność fizyczna osób w wieku 60-69 lat. Medycyna sportowa 2008;6:379-384.

3. Pupek- Musialik D. ABC otyłości. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009:1-2.

4. Jurkowska G., Łagoda K. Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2011;598-599.

5. Jarosz M., Kłosiewicz -Latoszek L. Otyłość. Zapobieganie i leczenie. Porady lekarzy i dietetyków. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009:9-52.

6. Tatoń J., Czech A., Bernas M. Otyłość zespół metaboliczny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007:265-365.

7. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska - Suchowierska E. Obesity-definition, epidemiology, pathogenesis. Postępy Nauk Medycznych. 2013;(4):301-306.

8. Kotwas M., Mazurek A., Wrońska A., Kmieć Z. Patogeneza i leczenie otyłości. Forum Medycyny Rodzinnej 2008;2(6):435-444.

9. Wieczorowska – Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:307-310.

10. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A. Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2013:81.

11. Łuszczyńska A. Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2007:52-59.

12. Olszanecka- Glinianowicz M. Otyłość. Praktyczny podręcznik kliniczny. Wydawnictwo medipage. Warszawa 2017:75.

13. Owczarek K., Łazarewicz M.A. Poradnik opiekuna seniora. Pogoda na starość. Wolters Kluwer. Warszawa 2018:135-137.

14. Muszalik M., Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., i wsp. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjodemograficznych. Problemy higieniczno-epidemiologiczne 2013;94(3):509-513.

15. Uchmanowicz I., Rosińczuk J. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 6. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2019:297.

16. Fidecki W., Kulina D.,Kuszplak K. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. [w:] Opieka długoterminowa w chorobach przewlekłych perspektywy i wyzwania. Red. Antczak – Komoterska., Haor B. i wsp. Wydawnictwo PWSZ, Włocławek 2018: 274-276.

17. Sierakowska M., Matys A., Kosir A.,Ołtarzeska B., Kita J.,Sierakowski S., Krajewska-Kułak E. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Reumatologia 2006;44,6:298-303.

18. Wasiluk A., Saczuk J., Szyszka P., Chazan Z. Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015;21(2):227-232.

19. Brończyk – Puzoń A., Bieniek J. Żywienie osób starszych na podstawie nowelizacji norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia dla populacji polskiej z 2012 roku. Nowa Medycyna 2013;4:151-155.

20. Ożga E., Małgorzewicz S.Ocena stanu odżywienia osób starszych. Geriatria, 2013;7:98-103.

21. Lejzerowicz – Zajączkowska B., Hajduk P. Aktywność fizyczna osób starszych jako działalność edukacyjno – interwencyjna, 2017;26 (4):109-121.

22. Gnacińska – Szymańska M., Dardzińska J.A., Majkowicz M., Małgorzewicz S. Ocena jakość życia osób z nadmierną masą ciała za pomocą formularza WHOQOL – BREF. Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2012;8(4):136-142.

23. Salwach – Kuberska D., Obara – Gołębiowska M. Wpływ oddziaływań interdyscyplinarnych na poziom jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia osób otyłych 2017;7(6):173–189.

24. Wajszczyk B., Chabros E., Charzewska J., Chwojnowska Z. Otyłość, a styl życia kobiet w starszym wieku. Postępy Nauk Medycznych. Wydawnictwo Borgis 2011;9:739-744.

25. Bobiatyńska E. W sojuszu na rzecz przewlekle chorych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2001;3:17-18.

Zachowania zdrowotne kobiet z nietrzymaniem moczu

Health behaviors of women with urinary incontinence

BOŻENA WOJTYCKA[1], BEATA HAOR[2]

[1]Centrum Diagnostyczno-Lecznicze Barska we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.009
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Modyfikacja zachowań zdrowotnych to istotny element profilaktyki oraz leczenia zachowawczego nietrzymania moczu.
Cel. Celem pracy jest analiza zachowań zdrowotnych kobiet z nietrzymaniem moczu.
Materiał i metody. Badanie dotyczyło 100 pacjentek z nietrzymaniem moczu. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i metodę szacowania, technikę ankietowania, skali szacunkowej oraz kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych.
Wyniki. Kobiety z nietrzymaniem moczu najwyżej oceniły swoje zachowania zdrowotne w kategoriach: zachowań profilaktycznych, prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Najniżej respondentki oceniły swoje praktyki zdrowotne.
Wnioski. Zachowania zdrowotne kobiet z nietrzymaniem moczu są interpretowane jako przeciętne.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, kobiety, zachowania zdrowotne.

Abstract:
Introduction. Modifying health behaviours is an important element of the prevention and conservative treatment of urinary incontinence.
Aim. The aim of the study is to analyse the health behaviour of women with urinary incontinence.
Material and methods. The study involved 100 patients with urinary incontinence. The diagnostic survey method and the estimation method, the survey technique, the estimation scale technique and the Inventory of Health Behaviour questionnaire were used.
Results. Women with urinary incontinence rated their health behaviours the highest in the following categories: preventive behaviours, correct eating habits and a positive mental attitude. The respondents rated their health practices the lowest.
Conclusions. The health behavior of women with urinary incontinence is interpreted as average.

Keywords: urinary incontinence, women, health behaviour.

Wstęp

Nietrzymanie moczu (NTM) według Międzynarodowego Towarzystwa ds. Kontynencji (ang. International Continence Society – ICS) określane jest jako stan, który wiąże się z niekontrolowanym wyciekiem moczu. Należy także pamiętać, że objaw ten wiąże się z konsekwencjami o charakterze higienicznym, socjalno-społecznym czy zdrowotnym [1,2,3]. Jakość życia osób dotkniętych NTM ulega zdecydowanie obniżeniu, szczególnie wtedy, kiedy zostają wręcz zmuszone do rezygnacji z życia zawodowego i aktywności społecznej [4].

Dane epidemiologiczne wskazują, że NTM dotyczy 10% populacji, 2-krotnie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn [5].

Wśród zalecanych metod leczenia zachowawczego NTM podkreśla się znaczenie zmiany stylu życia czyli wzmożenie aktywności fizycznej na rzecz zapobiegania otyłości, modyfikację diety, rezygnację z używek, unikanie zakażeń układu moczowego [6]. Styl życia jako nawykowy wzorzec postępowania odgrywa istotną rolę w procesie kształtowania i ochrony zdrowia. Może on przybierać formę zachowań służących utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia (zachowania prozdrowotne) oraz zachowań powodujących bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne (zachowania antyzdrowotne) [7,8].

Cel

Celem pracy jest analiza zachowań zdrowotnych prezentowanych przez kobiety z nietrzymaniem moczu.

Materiał i metody

Badaniem dotyczącym analizy zachowań zdrowotnych objęto 100 pacjentek Centrum Diagnostyczno-Leczniczego „Barska'' we Włocławku, przyjętych do poradni ginekologicznej, pracowni urodynamicznej w celu wykonania badania lub przyjęcia do oddziału, w związku z planowanym wykonaniem zabiegu operacyjnego. Uczestniczyły w nim kobiety z potwierdzonym nietrzymaniem moczu w wieku 30 – 81 lat. Były to osoby pełnoletnie, poddawane leczeniu, diagnostyce oraz zabiegom chirurgicznym w ramach chirurgii jednego dnia. Respondentki nie miały stwierdzonych zaburzeń poznawczych, wykazywały dobrą sprawność funkcjonalną, umożliwiającą samodzielne wypełnienie kwestionariuszy.

W aktualnych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i szacowania, technikę ankietowania i skali szacunkowej oraz kwestionariusz metryczki i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego, zakupiony w pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie.

Kwestionariusz IZZ może zostać wykorzystywany do prowadzenia badań zarówno wśród osób zdrowych jak i chorych. Zawiera on 24 stwierdzenia, które dotyczą zachowań związanych ze zdrowiem. Poza określeniem ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych, IZZ umożliwia także analizę wyników, które dotyczą ich poszczególnych kategorii takich jak: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne, praktyki zdrowotne. W celu uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych zliczono wskazane przez respondentki wartości liczbowe. Wartość wspomnianego wskaźnika mieści się w granicach 24-120 punktów. Wyższa punktacja oznacza większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Natomiast ogólny wskaźnik przekształca się na jednostki standaryzowane i interpretuje według skali stenowej. Wyniki w granicach 1-4 stena przyjmuje się określać jako wyniki niskie, w granicach 5-6 stena przeciętne, a 7-10 wysokie. Dodatkowo odrębnie określa się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych w oparciu o średnią liczbę punktów w każdej z nich [9,10,11].

Zebrany materiał na bieżąco wprowadzano do specjalnie opracowanej na potrzeby badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu

statystycznego SPSS Statistics 21,0. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem x^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p<0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

W tabeli 1 zaprezentowano zachowania zdrowotne respondentek z podziałem na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowanie profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne.

Tabela 1. Zachowania zdrowotne badanych

IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych)	N	Min	Max	M	SD	**Alfa Cronbacha**
Prawidłowe nawyki żywieniowe	100	11,00	29,00	19,8600	3,69553	**0,88**
Zachowanie profilaktyczne	100	10,00	28,00	20,7800	4,64188	**0,87**
Pozytywne nastawienie psychiczne	100	12,00	27,00	19,8400	3,21210	**0,72**
Praktyki zdrowotne	100	13,00	25,00	18,4700	3,59982	**0,87**

n- liczba obserwacji; min-wartość minimalna; max-wartość maksymalna; M-wynik średni; SD-odchylenie standardowe

Źródło: wyniki badań własnych.

Tabela 2. Zachowania zdrowotne badanych w ramach poszczególnych kategorii IZZ

Numer pozycji	Kategoria: pozytywne nastawienie psychiczne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
3	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	3,62	0,97	0,858	0,276
7	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	2,94	1,06	0,563	0,291
11	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć	2,8	0,9	0,37	0,312
15	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	4,03	1,04	0,146	0,429
19	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	3,04	0,96	0,894	0,308
23	Myślę pozytywnie	3,41	0,83	0,814	0,141
alfa Cronbacha		**0,87**			
% wyjaśnionej wariancji		**16,44**			
Numer pozycji	Kategoria: zachowanie profilaktyczne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
2	Unikam przeziębień	3,6	0,94	0,593	0,726
6	Mam zanotowane numery telefonów służ pogotowia	3,18	1,53	0,684	0,547
10	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	3,87	0,87	0,329	0,678
14	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	3,97	1,07	0,351	0,71
18	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	2,74	0,92	0,3	0,626
22	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	3,42	0,97	0,485	0,445

alfa Cronbacha		**0,79**			
% wyjaśnionej wariancji		**8,79**			
Numer pozycji	Kategoria: prawidłowe nawyki żywieniowe	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
1	Jem dużo warzyw, owoców	3,67	0,99	0,745	0,759
5	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	2,94	0,93	0,855	0,354
9	Dbam o prawidłowe odżywianie	3,5354	0,81	0,765	0,46
13	Unikam spożywania żywności z konserwantami	3,19	0,99	0,651	0,541
17	Unikam soli i silnie solonej żywności	2,97	0,86	0,451	0,063
21	Jem pieczywo pełnoziarniste	3,59	1,16	0,09	0,491
alfa Cronbacha		**0,88**			
% wyjaśnionej wariancji		**6,21**			
Numer pozycji	Kategoria: praktyki zdrowotne	M	SD	r (it)	Ładunek czynnikowy
4	Wystarczająco dużo odpoczywam	2,88	0,9	0,967	0,653
8	Unikam przepracowania	2,67	0,85	0,715	0,662
12	Kontroluję swoją wagę ciała	3,29	0,92	0,267	0,891
16	Wystarczająco dużo śpię	2,69	0,81	0,478	0,328
20	Ograniczam palenie tytoniu	4,01	1,41	0,653	0,365
24	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	2,93	1,17	0,25	0,194
alfa Cronbacha		**0,92**			
% wyjaśnionej wariancji		**6,82**			

M- średnia arytmetyczna**; SD-** odchylenie standardowe**; r (it)-** współczynnik mocy dyskryminacyjnej

Źródło: wyniki badań własnych.

Najwyższą średnią punktów respondentki uzyskały w ramach kategorii: zachowania profilaktyczne (20,8 pkt.). Z kolei najniższa średnia punktacja dotyczyła praktyk zdrowotnych badanych (18,5 pkt.). Zbliżoną średnią liczbę punktów pacjentki uzyskały w ramach kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe (19,9 pkt.) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (19,8 pkt.).

W tabeli 2 zaprezentowano wyniki uzyskane przez respondentki w ramach kategorii zachowań zdrowotnych.

Najwyższą średnią punktów w ramach kategorii: pozytywne nastawienie psychiczne respondentki uzyskały w ramach zachowania: *Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne* (4,03 pkt.) oraz *Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem* (3,6 pkt.) Z kolei najniższa średnia punktacja dotyczyła zachowania: *Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć* (2,8 pkt.). Zbliżoną średnią punktację pacjentki uzyskały wskazując na pozycję: *Myślę pozytywnie* (3,4 pkt.), *unikam takich uczuć jak lęk, gniew i depresja* (3,04 pkt.) oraz *Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco* (2,9 pkt).

W ramach kategorii zachowanie profilaktyczne najwyższą średnią punktów respondentki uzyskały w pozycji: *Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie* (4,0 pkt) oraz *Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań* (3,87 pkt). Z kolei najniższa średnia punktacja dotyczyła zachowania *Staram się dowiedzieć jak inni unikają chorób* (2,74 pkt). Zbliżone średnie punktacje dotyczyły pacjentek w ramach takich pozycji jak: *Unikam przeziębień* (3,6 pkt), *Staram się uzyskać informacje*

medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby (3,4 pkt.) oraz *Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia* (3,2 pkt.).

W ramach kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe najwyższą średnią liczbę punktów respondentki uzyskały w pozycjach: *Jem dużo owoców i warzyw* (3,7 pkt.) oraz *Jem pieczywo pełnoziarniste* (3,6 pkt.). Natomiast najniższa średnia punktacja dotyczyła pozycji: *Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier* (2,94 pkt.). Zbliżoną średnią liczbę punktów pacjentki uzyskały w ramach takich zachowań jak: *Dbam o prawidłowe odżywianie* (3,54 pkt.), *Unikam spożywania żywności z konserwantami* (3,19 pkt.) oraz *Unikam soli i silnie solonej żywności* (2,97 pkt.).

Najwyższą średnią liczbę punktów w kategorii praktyki zdrowotne respondentki otrzymały w ramach pozycji: *Ograniczam palenie tytoniu* (4,01 pkt.) oraz *Kontroluję swoją wagę ciała* (3,3 pkt.). Z kolei najniższa średnia punktacja dotyczyła pozycji: *Unikam przepracowania* (2,67 pkt.). Zbliżoną średnią punktację pacjentki uzyskały w ramach takich zachowań jak: *Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego* (2,9 pkt), *Wystarczająco dużo odpoczywam* (2,9 pkt.) oraz *Wystarczająco dużo śpię* (2,69 pkt.).

W tabeli 3 zaprezentowano globalną ocenę zachowań zdrowotnych respondentek.

Tabela 3. Globalna ocena zachowań zdrowotnych badanych

Średnia	N	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum	Wariancja
78,9500	100	10,94188	48,00	99,00	119,725

Źródło: wyniki badań własnych.

Wyniki badań wskazują, że w globalnej ocenie zachowań zdrowotnych respondentek średnia liczba punktów wyniosła 78,95 (SD=10,94). Odpowiada to w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną poziomowi 7 stena i jest interpretowane jest jako wynik przeciętny. Analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych stwierdzono, że pacjentki najwyżej oceniły swoje zachowania profilaktyczne (średnia liczba punktów: 20,78; SD=4,64) oraz prawidłowe nawyki żywieniowe (średnia liczba puktów:19,86; SD=3,69) a także pozytywne nastawienie psychiczne (średnia liczba punktów: 18,84; SD=3,59). Z kolei najniżej respondentki oceniły swoje praktyki zdrowotne (średnia 18,47; SD=3,59).

W tabeli 4 zaprezentowano poziom zachowań zdrowotnych respondentek.

Tabela 4. Poziom zachowań zdrowotnych badanych

Poziom zachowań zdrowotnych (jednostka stenowa)	N	%
NISKI WYNIK (1- 4 steny)	30	30%
WYNIK PRZECIĘTNY (5- 6 stenów)	34	34%
WYSOKI WYNIK (7-10 stenów)	36	36%
Ogółem	100	100%

Źródło: wyniki badań własnych.

Największa grupa respondentek prezentuje wysoki poziom zachowań zdrowotnych (36% - 36 osób). Z kolei przeciętny ich poziom dotyczył 34% pacjentek (34 osoby) a niski – 30% badanych (30 osób).

Dyskusja

Leczenie NTM należy rozpocząć zawsze od zniwelowania czynników ryzyka i położenia nacisku na zmianę stylu życia. Zmiana stylu życia i modyfikacja zachowań obejmują: zapobieganie otyłości i utrzymanie należnej masy ciała, modyfikację diety oraz ilości przyjmowanych płynów (zwłaszcza zawierających kofeinę i napojów gazowanych), unikanie używek (alkohol, nikotyna), regularną, umiarkowaną aktywność fizyczną, unikanie zaparć, leczenie zakażeń układu moczowego [6].

Wśród rekomendacji zawartych w Raporcie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti" znajdują się zalecenia dotyczące prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych w ramach profilaktyki NTM już od szkoły podstawowej. W Polsce brakuje również profilaktycznych programów NTM adresowanych do osób dorosłych, szczególnie narażonych na ryzyko nietrzymania moczu [6].

Zaawansowanie wieku sprzyja wielochorobowości, której bardzo często towarzyszy nietrzymanie moczu. W badaniach przeprowadzonych przez Muszalik i współautorów wśród osób starszych hospitalizowanych w Klinice i Katedrze Geriatrii w Bydgoszczy, których celem była ocena zachowań zdrowotnych seniorów, wykazano, że prezentowali oni wyższy poziom

zachowań zdrowotnych w porównaniu ze średnimi dla populacji osób dorosłych. Poziom praktyk zdrowotnych był istotnie wyższy u osób z wyższym wykształceniem oraz niepracujących, w porównaniu do pozostałych badanych. Z kolei pozytywne nastawienie psychiczne pozostawało w korelacji ze stanem cywilnym badanych. Natomiast poniżej norm średnich znalazły się prawidłowe praktyki żywieniowe seniorów [12].

W badaniach Kurowskiej i Kudas przeprowadzonych wśród pacjentów w przebiegu niewydolności serca ze średnią wieku 63 lata, wykazano, że badani jako grupa prezentują przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Świadczyć to może zatem o tym, że przestrzegają pewnych zachowań zdrowotnych np. większość z nich nie pali tytoniu. Niemniej jednak pewnych zachowań zdrowotnych nie respektują np. pomiaru masy ciała [13].

Przeciętny poziom zachowań zdrowotnych potwierdzono także w kolejnych badaniach dotyczących pacjentów w przebiegu choroby przewlekłej jaką jest cukrzyca. Kurowska i Figiel wykazały bowiem, że respondenci ze średnią wieku powyżej 60 roku życia prezentowali duże zróżnicowanie zachowań podejmowanych dla utrzymania zdrowia. Nie wykazali optymalnej wiedzy na temat konieczności podejmowania zachowań prozdrowotnych [14].

Zdaniem Hannnestad'a i współautorów NTM u otyłych kobiet występuje 4-5 razy częściej niż w grupie z prawidłową masą ciała [15]. Wartość BMI powyżej 30 jest uważane za czynnik ryzyka popuszczania moczu [16]. Zmniejszenie masy

ciała często powoduje złagodzenie objawów i poprawia jakość życia chorych [3,17].

Niższą jakość życia kobiet z NTM Bidzan wykazała w zakresie ich sfery rodzinnej (zmiana trybu i stylu życia rodziny, zmniejszenie aktywności seksualnej, obciążenie budżetu domowego), w sferze zawodowej (zmiana planów zawodowych lub nawet rezygnacja z pracy) oraz sferze społecznej (ograniczenie kontaktów społecznych). Z kolei w badaniu Dutkiewicza i Kapusty wśród kobiet po 50 r.ż. stwierdzono ponadto tendencję do zaburzeń emocjonalnych, wynikających z lęku i wstydu przed zmoczeniem ubrania [18,19, 20].

Wnioski

Zachowania zdrowotne kobiet z nietrzymaniem moczu są interpretowane jako przeciętne.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Weryfikacja zachowań zdrowotnych prezentowanych przez kobiety z nietrzymaniem moczu to niezbędny element planowania i realizacji przez pielęgniarkę działań profilaktycznych, pomocny w ustaleniu niezbędnych modyfikacji i zmian w praktykach zdrowotnych pacjentek.

Bibliografia/Bibliography:

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002; 81:1243-1245.

2. Mouritsen L. Classification and evaluation of prolapse. Clin Obstet Gynecol. 2005;19: 895-911.

3. Barnaś E., Barańska E., Gawlik B., Zych B. Czynniki najbardziej wpływające na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu. Hygeia Public Health. 2015; 50(4): 643-648.

4. Blewniewski M. Diagnostyka i leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego – aktualne algorytmy postępowania. Kwartalnik NTM. 2018; 3(66):11 - 12.

5. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA. 2008,:300(11): 1311-1316.

6. Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2020. Raport Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti". Warszawa lipiec 2020. http://www.uroconti.pl/userfiles/file/Raporty/Raport_NTM_2020.pdf [dostęp w Internecie: 30.09.2020]

7. Heszen I., Sęk H. Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. W: Heszen I., Sęk H. (red.), Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2012; 90-104.

8. Gruszczyńska M., Bąk – Sosnowska M., Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. Hygeia Public Health. 2015; 50(4):558 – 565.

9. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych https://www.practest.com.pl/izz-inwentarz-zachowan-zdrowotnych [dostęp w Internecie: 30.09.2020].

10. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M. E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badanie wstępne. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(5):29-37.

11. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. [W:] Juczyński Z. (red.) Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012;110–116.

12. Muszalik M., Zielińska – Więczkowska H., Kędziora – Kornatowska K., Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Jurczyńskiego w aspekcie czynników socjo– demograficznych. Probl Hig Epidemiol. 2013;94(3):509–513.

13. Kurowska K., Kudas A. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z niewydolnością serca. Folia Cardiologica Excerpta. 2013; 8(1):1-8.

14. Kurowska K., Figiel O. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne u osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2. Nowiny Lek. 2009; 78: 197–205.

15. Hannestad Y.S., Rortveit G., Daltveit A.K., Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. BJOG. 2003;110(3):247-254.

16. Bart S., Ciangura C., Thibault F. et al. Stress urinary incontinence and obesity. Prog Urol. 2008; 18(8): 493-498.

17. Whitcomb E.L., Horgan S., Donohue M.C., Lukacz E.S. Impact of surgically induced weight loss on pelvic floor disorders. Int Urogynecol J. 2012; 23(8):1111-1116.

18. Bidzan M., Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Impuls, Kraków 2008:33.

19. Dutkiewicz S., Kapusta K. Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakość życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Kielcach. Prz. Menopauz. 2011;6:493-499.

20. Klimaszewska K. Społeczny aspekt nietrzymania moczu Pielęgniarstwo XXI wieku. 2017;vol.16, 3(60):57-61.

Satysfakcja z życia w grupie młodzieży przez pryzmat zaburzeń w zakresie masy ciała

Satisfaction with life in the youth group through the prism of disorders in terms of body weight

DOROTA KOCHMAN[1], DANUTA WOJCIECHOWSKA[2]

[1] Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku, Instytut Nauk o Zdrowiu
[2] NZOZ, Poradnia Dermatologiczna we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.011
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. W ostatnich latach można zauważyć skłonność do występowania zaburzeń masy ciała, w śród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Można stwierdzić że jest to zjawisko nasilające się z roku na rok. Jednym z czynników sprzyjających jest ciągłe spędzanie czasu przy komputerze czy też komórce, co prowadzi do powstawania nadmiaru masy ciała. Drugi czynnik to dążenie do doskonałości, na skutek propagowania w mediach zbyt idealnego wyglądu, przez to dzieci i młodzież doprowadzają się do niedoboru masy ciała. Obydwa te zachowania bardzo często prowadzą do poważnych zaburzeń zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.
Cel pracy. Celem pracy jest analiza zadowolenia z życia młodzieży w wieku szkolnym z zaburzeniami w zakresie masy ciała.
Materiały i metody. W pracy do przeprowadzenia badania użyto kwestionariusza ankiety KIDSCREEN- 27 dla dzieci i młodych ludzi- wersja dla dzieci 8-18 lat. Bada on poziom satysfakcji z życia w 5 wymiarach: Aktywność fizyczna, samopoczucie psychiczne, rodzina i wolny czas, relacje z rówieśnikami, oraz relacje w środowisku szkolnym. W Badaniu brało udział 100 dzieci w wieku 14-18 lat.

Wyniki. W wymiarze samopoczucia fizycznego, najwyższe wyniki uzyskali badani z nadwagą i otyłością. W samopoczuciu psychicznym najwyższe z otyłością i niedowagą. W niezależności i relacjach z rodzicami oraz środowisku szkolnym najwyższe wyniki badani z niedowagą. Wsparcie społeczne i koledzy najwyższe wyniki uzyskali, badani z nadwagą i otyłością. W środowisku szkolnym najwyższe wyniki uzyskali uczniowie z niedowagą. Najniższe wyniki w samopoczuciu fizycznym, samopoczuciu psychicznym i wsparciu społecznym badani z wartością prawidłową BMI. W niezależności i relacjach z rodzicami oraz środowisku szkolnym badani z otyłością uzyskali najniższe wyniki.
Wnioski. Zarówno badani z niedowagą jak i nadwagą i otyłością, na podstawie wyników przeprowadzonych badań propagują zadowolenie z życia i środowiska w którym funkcjonują.

Słowa kluczowe: anoreksja, bulimia, otyłość, nadwaga, niedowaga, satysfakcja.

Abstract:
Admission. In recent years can be seen propensity for weight disorders among school children and adolescents. It can be said that this phenomenon is intensifying from year to year. One such phenomenon is the constant spending time on the computer or mobile phone which leads to uprising excessive body weight. The second is the pursuit of excellence as a result of promoting too perfect appearance in the media through it children and adolescents lead to weight deficiency. Both of these behaviours very often cause serious physical and mental health disorders.
Aim. Thesis purpose is analysis of life satisfaction of schoolchildren with disorders in terms of body weight.
Material and method. In thesis to conduct the study was used survey questionnaire KIDSCREEN- 27 for children and young people- version for children's 8-18 years old. It examines the level of satisfaction with life in five dimension: physical activity, mental well-being, family and free time, peer relationships and relations in the school environment. In the study took part 100 children in 14-18 years old.

Results. In terms of physical well-being, highest scores were obtained subjects by overweight and obese. In mental well-being the highest with obesity and underweight. In independence and relationships with parents and the school environment, the highest results subjects with underweight. Social support and friends the highest results obtained, subjects with overweight and obesity. In the school environment got the highest score students with underweight. The lowest results in physical well-being, psychological well-being and social support subjects with correct BMI value. independence and relationships with parents and the school environment subjects with obesity obtained the lowest results.
Conclusions. Both subjects with underweight and overweight and obesity, based on the results of the conducted research, promote satisfaction with the life and environment in which they operate.

Key words: anorexia, bulimia, obesity, overweight, underweight, satisfaction.

Wstęp

W ostatnich latach można zauważyć skłonność do występowania zaburzeń masy ciała, wśród dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Można stwierdzić, że jest to zjawisko nasilające się z roku na rok. W obecnych czasach pojawiły się dwa niepokojące zjawiska, którym ulega młodzież i dzieci. Jednym z takich zjawisk jest ciągłe spędzanie czasu przy komputerze, czy też komórce, co prowadzi do powstawania nadmiaru masy ciała, drugie to dążenie do doskonałości, na wskutek propagowania w mediach zbyt idealnego wyglądu, przez co dzieci i młodzież doprowadzają się do niedoboru masy ciała. Obydwa te zachowania bardzo często prowadzą do poważnych zaburzeń zdrowia fizycznego, jak i psychicznego.

Cel

Celem pracy jest analiza zadowolenia z życia młodzieży w wieku szkolnym z zaburzeniami w zakresie masy ciała.

Materiał i metody

W badaniu brało udział 100 dzieci w wieku 14-18 lat. Zdecydowanie liczniejszą grupę stanowiły dziewczęta – 76,0%. Większość stanowili mieszkańcy miasta – 62,0%. Najwięcej badanych było w wieku 18 lat – 32,0% oraz 17 lat – 23,0%, najmniej w wieku 15 lat – 15,0% oraz 14 lat – 11,0%.

W pracy do przeprowadzenia badania użyto kwestionariusza ankiety KIDSCREEN- 27 dla dzieci i młodych ludzi- wersja dla dzieci 8-18 lat.

Metody statystyczne - Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami).

Wyniki

Średnia BMI w badanej grupie wyniosła – 22,06 punktu. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 17,8% wartości średniej, co świadczy o nieznacznym zróżnicowaniu wyników. Średnio wyższy wskaźnik odnotowano w grupie chłopców – 23,53 punktu, przy średniej w grupie dziewcząt – 21,59 punktu. Wynik minimalny zróżnicowany, niższy w grupie dziewcząt – 15,94 punktu, maksymalny zróżnicowany wyższy w grupie chłopców – 37,69 punktu. BMI. Najwyższy średni wynik odnotowano w grupie 17 lat – 23,7 punktu oraz 14 lat – 23,4 punktu. Najniższy w wieku 16 lat – 20,5 punktu.

Najliczniejszy przedział centyli BMI to zakres 90-100 centyl – 17,0% oraz 50-60 centyl – 15,0% i 70-80 centyl – 14,0%. Najmniej liczny przedział, to 0-10 centyl – 7,0%.

Najwięcej badanych miało wartość prawidłową BMI – 70,0%, bądź niedowagę – 14,0%, nadwagę 8%, najmniej stopień otyłości I – 7%, II – 1,0%. Do celów dalszej analizy, badani z różnym stopniem otyłości utworzyli jedna grupę z otyłością.

Tylko – 9,0% badanych wskazało, że jest niepełnosprawnym bądź choruje na chorobę przewlekłą wymieniając: niedoczynność tarczycy, zapalenie żołądka, nawykowe zwichnięcia rzepki, łuszczyca, migrena, zespół Touretta, AZS, astma oraz skolioza.

Wynik średni wzrostu wyniósł – 167,7 cm. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 4,8% wartości średniej, co świadczy o znikomym zróżnicowaniu wyników wzrostu. Najwyższy średni wynik odnotowano w grupie 16 lat – 170,0 cm oraz 17 lat – 169,1 cm. Najniższy w wieku 15 lat – 164,7 cm.

Najliczniejszy przedział centyli wzrostu to zakres 70-80 centyl – 13,0% oraz 90-100 centyl – 12,0%. Najmniej liczny przedział, to 50-60 centyl – 5,0%.

Wynik średni masy ciała wyniósł – 62,3 kg. Odchylenie standardowe stanowiło ponad 2,2% wartości średniej, co świadczy o znikomym zróżnicowaniu wyników wagi. Najwyższy średni wynik odnotowano w grupie 17 lat – 68,0 kg oraz 14 lat – 65,2 kg. Najniższy w wieku 15 lat – 58,7 kg.

Najliczniejszy przedział centyli masy ciała to zakres 90-100 centyl – 16,0% oraz 70-80 centyl – 14,0%. Najmniej liczny przedział, to 30-40 centyl – 6,0%.

Analiza kwestionariusza KIDSCREEN-27

Kwestionariusz KIDSCREEN-27 jest narzędziem służącym do badania jakości życia, związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży w wieku od 8 do 18 lat. Kwestionariusz obejmuje 5 obszarów (wymiarów jakości życia) takich jak samopoczucie fizyczne, samopoczucie psychiczne, niezależność i rodzice, wsparcie społeczne

i koledzy oraz środowisko szkolne. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza udziela się według wystandaryzowanych 5-stopniowych kategorii dotyczących częstości (nigdy, rzadko, dość często, często, zawsze) lub intensywności (wcale, trochę, średnio, bardzo, ogromnie). Wyjątek stanowi pierwsze, ogólne pytanie o stan zdrowia, na które odpowiada się określając zdrowie jako: doskonałe, bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe. Pytanie pierwsze oraz jak pytania 4, 5 i 6 dotyczące wymiaru samopoczucia psychicznego, przy obliczaniu wyników, należy przekodować w kolejności odwrotnej.

Aktywność fizyczna i zdrowie

Tabela 1. Wyniki średnie punktowe wymiaru samopoczucie fizyczne (W1)

pozycja	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0%	Ufność +95,0%	min	Maks	Q25	mediana	Q75
czy uważasz, że twoje zdrowie jest	100	2,54	0,822	2,38	2,70	1,0	4,0	2,0	2,0	3,0
czy dobrze się czułeś i byłeś sprawny fizycznie	100	2,41	0,842	2,24	2,58	0,0	4,0	2,0	2,0	3,0
czy byłeś aktywny fizycznie	100	2,29	1,175	2,06	2,52	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0
czy byłeś zdolny do biegania	100	2,22	1,060	2,01	2,43	0,0	4,0	2,0	2,0	3,0
byłeś pełen energii	100	2,11	1,024	1,91	2,31	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0

Ze wszystkich pozycji wymiaru samopoczucie fizyczne, najwyżej oceniono czy uważasz, że twoje zdrowie jest – 2,54 punktu

oraz czy dobrze się czułeś i byłeś sprawny fizycznie – 2,41 punktu. Najniżej pozycję byłeś pełen energii – 2,11 punktu.

Ogólny nastrój i odczucia na temat samego siebie

Tabela 2. Wyniki średnie punktowe wymiaru samopoczucie psychiczne (W2)

pozycja	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0%	Ufność +95,0%	min	Maks	Q25	mediana	Q75
czy Twoje życie było pełne radości	100	2,46	1,029	2,26	2,66	0,0	4,0	2,0	2,0	3,0
byłeś w dobrym nastroju	100	2,43	0,856	2,26	2,60	1,0	4,0	2,0	2,0	3,0
dobrze się bawiłeś	100	2,48	1,049	2,27	2,69	0,0	4,0	2,0	2,0	3,0
odczuwałeś smutek	100	2,54	0,846	2,37	2,71	0,0	4,0	2,0	3,0	3,0
czułeś się tak źle, że nic nie chciało Ci się robić	100	2,48	1,000	2,28	2,68	0,0	4,0	2,0	3,0	3,0
czułeś się samotny	100	2,97	1,029	2,77	3,17	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0
byłeś zadowolony, z tego jaki jesteś	100	1,98	1,214	1,74	2,22	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0

Ze wszystkich pozycji wymiaru samopoczucie psychicznego, najwyżej oceniono pozycje: czułeś się samotny – 2,97 punktu oraz odczuwałeś smutek – 2,54punktu. Najniżej pozycje: byłeś w dobrym nastroju – 2,43 punktu oraz byłeś zadowolony, z tego jaki jesteś – 1,98 punktu.

Rodzina i wolny czas

Tabela 3 Wyniki średnie punktowe wymiaru niezależność i rodzice (W3)

pozycja	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0%	Ufność +95,0 %	min	Maks	Q25	mediana	Q75
miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie	100	2,19	1,143	1,96	2,42	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0
mogłeś w wolnym czasie robić to, na co miałeś ochotę	100	2,38	1,126	2,16	2,60	0,0	4,0	2,0	2,0	3,0
rodzice mieli dla Ciebie wystarczająco dużo czasu	100	2,38	1,254	2,13	2,63	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0
rodzice traktowali Cię dobrze i sprawiedliwie	100	2,69	1,134	2,46	2,92	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0
mogłeś porozmawiać z rodzicami kiedy tylko chciałeś	100	2,76	1,264	2,51	3,01	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0
miałeś wystarczająco dużo pieniędzy by robić to, co Twoi koledzy i koleżanki	100	2,82	1,167	2,59	3,05	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0

Ze wszystkich pozycji wymiaru niezależność i rodzice, najwyżej oceniono pozycje: mogłeś porozmawiać z rodzicami kiedy

tylko chciałeś – 2,76 punktu oraz rodzice traktowali Cię dobrze i sprawiedliwie – 2,69 punktu. Najniżej pozycje: rodzice mieli dla Ciebie wystarczająco dużo czasu – 2,38 punktu oraz miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie – 2,19 punktu.

Twoi koledzy i koleżanki

Tabela 4. Wyniki średnie punktowe wymiaru wsparcie społeczne i koledzy (W4)

pozycja	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0%	Ufność +95,0%	min	Maks	Q25	mediana	Q75
spędzałeś czas ze swoimi koleżankami lub kolegami	100	2,57	0,998	2,37	2,77	0,0	4,0	2,0	3,0	3,0
bawiłeś się z koleżankami i kolegami	100	2,33	1,092	2,11	2,55	0,0	4,0	1,5	2,0	3,0
Ty i Twoi koledzy lub koleżanki pomagaliście sobie nawzajem	100	2,77	1,053	2,56	2,98	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0
mogłeś polegać na sowich koleżankach lub kolegach	100	2,95	1,058	2,74	3,16	0,0	4,0	2,0	3,0	4,0

Ze wszystkich pozycji wymiaru wsparcia społecznego i kolegów, najwyżej oceniono pozycję: mogłeś polegać na sowich koleżankach lub kolegach – 2,95 punktu, najniżej pozycję: bawiłeś się z koleżankami i kolegami – 2,33 punktu.

Szkoła i nauka

Tabela 5. Wyniki średnie punktowe wymiaru środowisko szkolne (W5)

pozycja	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0 %	Ufność +95,0 %	min	Maks	Q25	mediana	Q75
czy byłeś zadowolony będąc w szkole	100	1,52	1,141	1,29	1,75	0,0	4,0	0,0	2,0	2,0
czy dobrze układało Ci się w szkole	100	1,96	1,034	1,75	2,17	0,0	4,0	1,0	2,0	3,0
potrafiłeś patrzeć i słuchać z uwagą	100	2,23	1,014	2,03	2,43	0,0	4,0	1,5	2,0	3,0
Twoje relacje z nauczycielami były dobre	100	2,60	1,054	2,39	2,81	0,0	4,0	2,0	3,0	3,0

Ze wszystkich pozycji wymiaru wsparcia środowisko szkolne, najwyżej oceniono pozycję: Twoje relacje z nauczycielami były dobre – 2,6 punktu, najniżej pozycję: czy byłeś zadowolony będąc w szkole – 1,52 punktu.

Tabela 6. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27

wymiar	N	Średnia	SD	Ufność - 95,0 %	Ufność +95,0 %	min	Maks	Q25	mediana	Q75
aktywność fizyczna i zdrowie	100	57,85	17,339	54,41	61,29	10,00	100,00	45,00	55,00	70,00
samopoczucie psychiczne	100	61,93	14,188	59,11	64,74	28,57	89,29	50,00	64,29	71,43
niezależność i rodzice	100	63,42	21,797	59,09	67,74	0,00	100,00	47,92	66,67	83,33
wsparcie społeczne i koledzy	100	66,38	20,905	62,23	70,52	12,50	100,00	50,00	68,75	81,25
środowisko szkole	100	51,94	20,522	47,87	56,01	0,00	93,75	40,63	56,25	65,63

Badani jako grupa najwyżej ocenili wsparcie społeczne i kolegów – średnia 66,38 punktu oraz niezależność i rodziców – średnia 63,42 punktu. Najniżej ocenili wymiar środowisko szkolne – średnia 51,94punktu.

Porównanie wyników w grupach wiekowych z grupami kontrolnymi

Podjęto próbę oceny wyników badanej grupy z wynikami grupie kontrolnej dziewcząt i chłopców w wieku 12-14 lat oraz 15-18 lat. Wyniki przedstawiają poniższe tabele i wykresy.

Tabela 11. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27 w porównaniu z grupą kontrolną wieku 12-14 lat

wymiar	grupa	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	kontrolna	70,21	17,35
	badana	58,64	13,25
samopoczucie psychiczne	kontrolna	71,58	16,14
	badana	63,64	13,35
niezależność i relacje z rodzicami	kontrolna	64,89	17,77
	badana	71,59	13,28
wsparcie społeczne i koledzy	kontrolna	67,68	21,52
	badana	67,61	20,31
środowisko szkolne	kontrolna	60,57	19,51
	badana	60,80	16,08

W przypadku samopoczucia fizycznego, psychicznego i wsparcia społecznego i kolegów, wyższe średnie wyniki odnotowano w grupie kontrolnej. W pozostałych obszarach w grupie badanej.

Tabela 12. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27 w porównaniu z grupą kontrolną wieku 15-18 lat

wymiar	grupa	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	kontrolna	62,60	18,05
	badana	57,75	17,84
samopoczucie psychiczne	kontrolna	65,24	17,06
	badana	61,72	14,35
niezależność i relacje z rodzicami	kontrolna	58,44	18,81
	badana	62,41	22,47
wsparcie społeczne i koledzy	kontrolna	61,47	19,69
	badana	66,22	21,08
środowisko szkolne	kontrolna	53,30	17,68
	badana	50,84	20,82

W przypadku samopoczucia fizycznego, psychicznego oraz środowiska szkolnego, wyższe średnie wyniki odnotowano w grupie

kontrolnej (normalizowanej). W pozostałych obszarach w grupie badanej.

Analiza indeksów HRQL

Tabela 13. Korelacje wieku i wyników indeksów HRQL

wymiar	N	R	t(N-2)	p
samopoczucie fizyczne	100	-0,121	-1,210	0,229
samopoczucie psychiczne	100	0,038	0,373	0,710
niezależność i relacje z rodzicami	100	0,011	0,112	0,911
wsparcie społeczne i koledzy	100	-0,089	-0,881	0,381
środowisko szkolne	100	0,059	0,585	0,560

Ze względu na poziom istotności (p>0,05), nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji wieku i wyników indeksów HRQL.

Tabela 14. Średnie wartości punktowe wymiarów KIDSCREEN-27 w grupach wiekowych

wiek	14 lat		15 lat		16 lat		17 lat		18 lat	
wymiar	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	58,64	13,25	54,00	17,85	63,95	15,77	60,22	17,02	54,06	18,98
samopoczucie psychiczne	63,64	13,35	59,29	13,42	59,40	15,76	64,13	11,87	62,50	15,74
niezależność i relacje z rodzicami	71,59	13,28	62,78	16,85	60,53	23,79	57,43	26,71	66,93	20,71
wsparcie społeczne i koledzy	67,61	20,31	66,67	18,25	68,75	22,92	69,02	25,18	62,50	18,24
środowisko szkolne	60,80	16,08	52,92	12,24	50,00	23,84	40,22	21,64	58,01	19,00

W wymiarze samopoczucia fizycznego, najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 16 lat. Najniższe w wieku 15 lat w samopoczuciu psychicznym oraz wsparciu społecznym i kolegach

najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 17 lat, najniższe w samopoczuciu psychicznym w wieku 15 lat, we wsparciu społecznym i kolegach w wieku 18 lat. W niezależności i relacjach z rodzicami oraz środowisku szkolnym, najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 14 lat, najniższe w wieku 17 lat.

Tabela 15. Korelacje wskaźnika BMI i wyników indeksów HRQL

wymiar	N	R	t(N-2)	p
samopoczucie fizyczne	100	0,020	0,198	0,843
samopoczucie psychiczne	100	0,099	0,989	0,325
niezależność i relacje z rodzicami	100	-0,017	-0,170	0,865
wsparcie społeczne i koledzy	100	0,117	1,168	0,245
środowisko szkolne	100	0,208	2,102	0,038

Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotną statystycznie, niską korelację dotyczącą wskaźnika BMI i wyników wymiaru środowiska szkolnego.

Tabela 16. Średnie wartości punktowe wymiarów KIDSCREEN-27 w grupach BMI

BMI	niedowaga		wartość prawidłowa		nadwaga		otyłość	
wymiar	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	58,64	13,25	54,00	17,85	63,95	15,77	60,22	17,02
samopoczucie psychiczne	63,64	13,35	59,29	13,42	59,40	15,76	64,13	11,87
niezależność i relacje z rodzicami	71,59	13,28	62,78	16,85	60,53	23,79	57,43	26,71
wsparcie społeczne i koledzy	67,61	20,31	66,67	18,25	68,75	22,92	69,02	25,18
środowisko szkolne	60,80	16,08	52,92	12,24	50,00	23,84	40,22	21,64

W wymiarze samopoczucia fizycznego, najwyższe wyniki uzyskali badani z nadwagą i otyłością. W samopoczuciu psychicznym najwyższe z otyłością i niedowagą, w niezależności i relacjach z rodzicami oraz środowisku szkolnym najwyższe wyniki badani z niedowagą. Wsparcie społeczne i koledzy najwyższe wyniki uzyskali, badani z nadwagą i otyłością. W środowisku szkolnym najwyższe wyniki uzyskali uczniowie z niedowagą, Najniższe wyniki w samopoczuciu fizycznym, samopoczuciu psychicznym i wsparciu społecznym badani z wartością prawidłową BMI. W niezależności i relacjach z rodzicami oraz środowisku szkolnym badani z otyłością uzyskali najniższe wyniki.

Tabela 17. Różnice w wynikach indeksów HRQL ze względu na płeć

pozycja	**Sum. Rang dziewczyna**	**Sum. Rang chłopiec**	**U**	**Z**	**poziom p**	**Z popr**	**poziom p**	**N ważn dziewczyna**	**N ważn chłopiec**	**2*1str. dokł. p**
W1	3423,0	1627,0	497,0	-3,345	0,001	-3,363	0,001	76	24	0,001
W2	3695,0	1355,0	769,0	-1,150	0,250	-1,154	0,249	76	24	0,252
W3	3755,0	1295,0	829,0	-0,666	0,506	-0,668	0,504	76	24	0,508
W4	3783,5	1266,5	857,5	-0,436	0,663	-0,438	0,662	76	24	0,662
W5	3597,5	1452,5	671,5	-1,937	0,053	-1,949	0,051	76	24	0,052

Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn, dotyczącą wymiaru fizycznego.

Tabela 18. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27 w grupach płci

płeć	dziewczyna		chłopiec	
wymiar	średnia	SD	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	54,41	15,68	68,75	18,13
samopoczucie psychiczne	61,28	13,58	63,99	16,11
niezależność i relacje z rodzicami	62,39	22,30	66,67	20,23
wsparcie społeczne i koledzy	65,87	21,17	67,97	20,38
środowisko szkolne	49,51	20,23	59,64	19,93

Wyższe wyniki we wszystkich indeksach HRQL odnotowano w grupie chłopców.

Tabela 19. Różnice w wynikach indeksów HRQL ze względu na miejsce zamieszkania

pozycja	**Sum. Rang miasto**	**Sum. Rang wieś**	**U**	**Z**	**poziom p**	**Z popr**	**poziom p**	**N ważn miasto**	**N ważn wieś**	**2*1str. dokł. p**
W1	3196,0	1854,0	1113,0	0,458	0,647	0,460	0,645	62	38	0,648
W2	3102,0	1948,0	1149,0	-0,202	0,840	-0,203	0,839	62	38	0,840
W3	3224,0	1826,0	1085,0	0,657	0,511	0,659	0,510	62	38	0,513
W4	3364,0	1686,0	945,0	1,651	0,099	1,658	0,097	62	38	0,099
W5	3089,0	1961,0	1136,0	-0,295	0,768	-0,296	0,767	62	38	0,769

Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$), nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczących wymiarów HRQL.

Tabela 20. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27 w grupach miejsca zamieszkania

miejsce zamieszkania	wieś		miasto	
wymiar	średnia	SD	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	57,50	17,66	58,06	17,28
samopoczucie psychiczne	62,50	13,17	61,58	14,87
niezależność i relacje z rodzicami	61,18	23,85	64,78	20,52
wsparcie społeczne i koledzy	62,17	19,11	68,95	21,68
środowisko szkolne	52,80	22,02	51,41	19,71

Wyższe wyniki samopoczucia fizycznego, niezależności i relacji z rodzicami oraz wsparciu społecznym i kolegach odnotowano w grupie mieszkańców miasta. Natomiast wyższe samopoczucie psychiczne, odnotowano w grupie mieszkańców wsi.

Tabela 21. Różnice w wynikach indeksów HRQL ze względu na niepełnosprawność lub chorobę

pozycja	**Sum. Rang nie**	**Sum. Rang tak**	**U**	**Z**	**poziom p**	**Z popr**	**poziom p**	**N ważnie**	**N ważn tak**	**2*1str. dokł. p**
W1	4772,5	277,5	232,5	2,126	0,034	2,137	0,033	91	9	0,031
W2	4754,0	296,0	251,0	1,903	0,057	1,909	0,056	91	9	0,056
W3	4789,5	260,5	215,5	2,331	0,020	2,337	0,019	91	9	0,018
W4	4755,5	294,5	249,5	1,921	0,055	1,930	0,054	91	9	0,053
W5	4572,5	477,5	386,5	-0,271	0,786	-0,273	0,785	91	9	0,785

Ze względu na poziom istotności (p<0,05), odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy wystąpienia bądź nie niepełnosprawności lub chorób przewlekłych, dotyczących wymiarów samopoczucie fizyczne oraz niezależność i relacje z rodzicami.

Tabela 22. Średnie wartości punktowe wymiarów kwestionariusza KIDSCREEN-27 w grupach niepełnosprawności lub choroby

niepełnosprawność	nie		tak	
wymiar	średnia	SD	średnia	SD
samopoczucie fizyczne	58,79	16,82	48,33	20,62
samopoczucie psychiczne	62,68	14,38	54,37	9,74
niezależność i relacje z rodzicami	64,97	21,68	47,69	16,94
wsparcie społeczne i koledzy	67,58	21,02	54,17	15,93
środowisko szkolne	52,06	20,16	50,69	25,28

Wyższe wyniki wszystkich wymiarów HRQL odnotowano w grupie nie mających niepełnosprawności lub chorób przewlekłych.

Dyskusja

Zaburzenia masy ciała dzisiejszych czasach dotyczą wielu młodych ludzi. Bardzo często mają one wpływ zarówno na sferę funkcjonowania psychicznego, jak i fizycznego.

W badaniach brało udział 76% dziewcząt i 24% chłopców, z czego 62% mieszkała w mieście, a 38% na wsi. Pod względem wieku przebadano 11% 14 latków, 15% 15 latków, 19% 16 latków, 23% 17 latków, największą grupę badaną stanowili 18 latkowie, bo aż 32%. Z badań wynika, że osób z niedowagą było 14%, z nadwagą 8% i otyłością 8%, największą grupę stanowiły osoby z prawidłowym BMI, bo aż 70%. Wynika z tego że ilość osób z zaburzeniami masy ciała stanowi 30% badanej grupy, co stanowi 1/3 badanej zbiorowości.

Wyniki takie potwierdzają publikacje naukowe. Mimo promocji zdrowego tryb życia, nadwaga i otyłość wciąż się zwiększa i w Polsce

wynosi około 6-18%, natomiast niedożywienie stanowi około 14%, co stanowi 32% osób z zaburzeniami masy ciała[1]. Wyniki jednoznacznie wskazują na duży procent zaburzeń masy ciała wśród młodzieży.

Zmniejszona masa ciała obniża sprawność fizyczną, powoduje szereg zaburzeń somatycznych. Z analizy wyników badań z zastosowaniem kwestionariusza KIDSCREEN – 27 wynika, że analizując samopoczucie fizyczne najwyżej oceniono, pozycję - czy twoje zdrowie jest doskonałe- złe – 2,54 punktu, dobrze się czułeś i byłeś sprawny fizycznie – 2,41 punktu, pełen energii najniżej – 2,11 punktu. Badani jako grupa nisko ocenili aktywność fizyczną i zdrowie – 58,64 punktu. W grupach wiekowych, najwyżej sprawność fizyczną oceniła młodzież w wieku 16 lat – 63,95 punktów. Samopoczucie fizyczne w grupie badanej jest zdecydowanie niższe niż w grupie kontrolnej. W wymiarze samopoczucia fizycznego najwyższe wyniki uzyskali badani z nadwagą – 63,95 punktu i otyłością – 60,22 punktu, najniższe z niedowagą – 58,64 punktu. Ze względu na poziom istotności ($p<0,005$) odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy występowaniem bądź nie, niepełnosprawności lub chorób przewlekłych dotyczących samopoczucia fizycznego. Z badań wynika, że osoby z niedowagą nisko oceniają swoją sprawność fizyczną, co może w dalszej przyszłości skutkować wystąpieniem zaburzeń somatycznych.

Nie jest dziś nowością stwierdzenie, że problem nadwagi i otyłości odnosi się do bardzo dużej i ciągle rosnącej liczby dzieci i młodzieży. Niepokojące są natomiast wyniki, gdzie w badanych grupach zbyt niska masa ciała jest u ponad 50% badanych [2]. Można dyskutować, czy jest to tylko spowodowane wiekiem rozwojowym, czy chęcią osiągnięcia sylwetki odpowiadającej modowym trendom.

Według Witek w badaniach przeprowadzonych w 2012 roku dzieci z zwiększoną masą ciała, nie są chętne do uprawiania jakiejś

aktywności fizycznej, preferują typ kanapowca [3]. W swojej publikacji Nitsch opisuje że niechęć do aktywności fizycznej najczęściej jest jednym z objawów somatycznych, który ma niekorzystny wpływ na zdrowie i może doprowadzić nawet do depresji[4].

Niedowaga ma również negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Z analizy kwestionariusza KIDSCREEN – 27 wynika, że ze wszystkich pozycji wymiaru samopoczucie psychicznego, najwyżej oceniono pozycje: czułeś się samotny – 2,97 punktu oraz odczuwałeś smutek – 2,54 punktu. Najniżej oceniono pozycje: byłeś w dobrym nastroju – 2,43 punktu oraz byłeś zadowolony, z tego jaki jesteś – 1,98 punktu. W grupach wiekowych, najniżej samopoczucie psychiczne oceniła młodzież w wieku 15 lat – 59,29 punktów. Samopoczucie psychiczne w grupie badanej jest zdecydowanie niższe niż w grupie kontrolnej. Osoby z niedowagą w porównaniu do innych wymiarów na średnim poziomie oceniły samopoczucie psychiczne – 63,64 punktu. Z badań wynika, że osoby z niedowagą mogą odczuwać brak satysfakcji w sferze psychicznej.

Według Denys sposób myślenia ma wpływ na stan fizjologiczny i emocjonalny oraz zachowanie w określonych sytuacjach. Osoba myśląca pozytywnie otoczona jest tarczą ochronną, która chroni ją przed złymi skutkami zaburzeń odżywiania i jest jej łatwiej pokonać niedogodności z nimi związane[5]. Zarówno niepełnosprawność jak i choroba według Kaczmarskiego powoduje zaburzenia w zaspokajaniu psychospołecznych potrzeb jak również wystąpienie ogólnych zmian, które wpływają negatywnie na samoocenę[1].

Zmniejszona masa ciała ma wpływ na nieprawidłowe relacje społeczne. Z analizy kwestionariusza KIDSCREEN – 27 wynika, że ze wszystkich pozycji wymiaru niezależność i rodzice, najwyżej oceniono pozycje: mogłeś porozmawiać z rodzicami kiedy tylko chciałeś – 2,76 punktu oraz rodzice traktowali Cię dobrze i sprawiedliwie – 2,69 punktu. Najniżej pozycje: rodzice mieli dla

Ciebie wystarczająco dużo czasu – 2,38 punktu oraz miałeś wystarczająco dużo czasu dla siebie – 2,19 punktu. Ze wszystkich pozycji wymiaru wsparcia środowisko szkolne, najwyżej oceniono pozycję: twoje relacjez nauczycielami były dobre – 2,6 punktu, najniżej pozycję: czy byłeś zadowolony będąc w szkole – 1,52 punktu. Ze wszystkich pozycji wymiaru wsparcia środowisko szkolne, najwyżej oceniono pozycję: Twoje relacje z nauczycielami były dobre – 2,6 punktu, najniżej pozycję: czy byłeś zadowolony będąc w szkole – 1,52 punktu. Badani jako grupa najwyżej ocenili niezależność i relacje z rodzicami – 71,59 punktu oraz wsparcie społeczne i koledzy - 67,61punktu. Najniżej badani ocenili wymiar środowisko szkolne – 60,80 punktu. Grupa badana te trzy wymiary społeczne ocenia znacznie wyżej niż grupa kontrolna. Osoby z niedowagą wysoko oceniają w grupach badanych niezależność i rodzice - 14 latkowie – 71,59 punktu, wsparcie społeczne i koledzy 17 latkowie - 69,02 punktu, środowisko szkolne 14 latkowie – 60,80 punktu. Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotną statystycznie, niską korelację dotyczącą wskaźnika BMI i wyników wymiaru środowiska szkolnego. Ze względu na poziom istotności ($p<0,05$), odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy wystąpienia bądź, nie niepełnosprawności lub chorób przewlekłych, dotyczących wymiaru niezależność i relacje z rodzicami. Z badań wynika, że relacje społeczne z rodzicami i kolegami nie są zaburzone. Natomiast w środowisku szkolnym relacje te są trochę gorsze.

Według Kędry osoby z zaburzeniami masy ciała przejawiają potrzebę relacji z innymi lubią być kontrolowane, co powoduje u nich poprawę nastroju. Są one przystosowane społecznie dobrze, lubią manipulować i ukrywać swoje emocje[2]. Tokarski podaje w swoim opracowaniu, że zaakceptowanie osób z zaburzeniami masy ciała jest możliwe, dzięki edukacji środowiska, na czym polega problem i jak można pomóc[6].

W niniejszych badaniach założono, że występują różnice w funkcjonowaniu młodzieży z niedowagą, a młodzieży z prawidłową masą ciała w aspekcie zdrowia psychicznego, fizycznego i relacji społecznych. Z analizy kwestionariusza KIDSCREEN – 2 wynika, że osoby badane z niedowagą znacznie wyżej się oceniają w pięciu badanych wymiarach, aniżeli osoby z prawidłową masą ciała i oceny wynosiły odpowiednio sprawność fizyczna - 58,64, samopoczucie psychiczne – 63,64, relacje z rodzicami – 71,59, koledzy– 67,61, środowisko szkolne – 60,80. Z badań wynika, że osoby z niedowagą lepiej funkcjonują a aspekcie zdrowia fizycznego, psychicznego i relacji społecznych.

Sarzała podaje, że osoby z niedożywieniem częściej dostają wsparcie we wszystkich aspektach życia[7]. Inny badacz podaje, że osoby z niedowaga traktowane są jako modne, ciekawe i atrakcyjne[2]. Natomiast Bertrandt w swoim artykule podaje, że osoby szczupłe są pozytywnie oceniane, a co za tym idzie mają wysoka samoocenę[8].

Założono również, że występują różnice w funkcjonowaniu młodzieży z otyłością, a młodzieży z prawidłową masą ciała w aspekcie zdrowia psychicznego, fizycznego i relacji społecznych. Z analizy kwestionariusza KIDSCREEN – 27 wynika, że osoby badane z otyłością lepiej funkcjonują w sferze, samopoczucie fizyczne - 60,22 punktu, psychiczne – 64,13punktu i wparcie psychiczne i koledzy – 69,02 punktu. Natomiast młodzież z prawidłową masą ciała wyższe wyniki uzyskała w relacje z rodzicami – 62,78, środowisko szkolne – 52,92. Z badań wynika, że nie potwierdzono w tej grupie hipotezy - osoby z otyłością bardzo dobrze funkcjonują w sferze fizycznej, psychicznej i relacjach z kolegami, gorzej w relacjach z rodzicami i w środowisku szkolnym.

W swoim opracowaniu Jóźwiak podaje, że osoby otyłe w szkole mają niski status społeczny z powodu swojej nieatrakcyjności,

a dodatkowo często rodzice nie rozumieją ich sytuacji[9]. Według Sola dzieci te gorzej funkcjonują z innymi. Obcując z osobami szczupłymi z powodu swojej nie atrakcyjności, często stają się powodem do kpin i żartów. Według badań, które przeprowadziła autorka dzieci te gorzej funkcjonują w środowisku szkolnym, gdzie nie tylko narażone na krytycyzm kolegów, ale i nauczycieli[10]

W dalszej kolejności założono, że młodzież mieszkająca na wsi ocenia siebie w aspekcie psychicznym i fizycznym wyżej, niż jej rówieśnicy mieszkający w mieście. Ze względu na poziom istotności ($p>0,05$), nie odnotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy mieszkańcami miasta i wsi, dotyczących wymiarów HRQL. Wyższe w niewielkim stopniu wyniki samopoczucia fizycznego – 58,06 punktów, niezależności i relacji z rodzicami – 64,78 punktów oraz wsparciu społecznym i kolegach – 68,95 punktu odnotowano w grupie mieszkańców miasta. Natomiast niewiele wyższe samopoczucie psychiczne – 62,50 punktu, odnotowano w grupie mieszkańców wsi. W środowisku szkolnym były podobne wyniki punktowe na wsi i w mieście. Analizując wyniki nasuwa się wniosek, że nie ma istotnych różnic w satysfakcji z życia w aspekcie fizycznym i psychicznym mieszkańców miasta i wsi.

Podobnie w artykule naukowym Płatek – Kępińska podaje, że nie ma różnic w funkcjonowaniu fizycznym i psychicznym osób mieszkających w mieście, jak i na wsi[11].

Wnioski

1. Osoby z niedowagą lepiej funkcjonują, w aspekcie zdrowia fizycznego, psychicznego i relacji społecznych, aniżeli osoby z prawidłową masą ciała. Można dyskutować, czy jest to tylko spowodowane wiekiem rozwojowym, czy chęcią osiągnięcia sylwetki odpowiadającej modowym trendom.

W zakresie oceny funkcjonowania fizycznego stwierdzono, że osoby z niedowagą nisko oceniają swoją sprawność fizyczną, co może w dalszej przyszłości skutkować wystąpieniem zaburzeń somatycznych.

Relacje społeczne z rodzicami i kolegami u osób z zmniejszoną masą ciała nie są zaburzone, natomiast w środowisku szkolnym relacje te są trochę gorsze.

2. Osoby z otyłością bardzo dobrze funkcjonują w sferze fizycznej, psychicznej i relacjach z kolegami w porównaniu do osób z prawidłową wagą, natomiast gorzej w relacjach z rodzicami i w środowisku szkolnym.
3. Samopoczucie psychiczne w grupie badanej /z zaburzeniami masy ciała/ jest zdecydowanie niższe, niż w grupie kontrolnej/bez zaburzeń/. Osoby z niedowagą w porównaniu do innych wymiarów na średnim poziomie oceniły samopoczucie psychiczne – 63,64 punktu.
4. Nie ma istotnych różnic w satysfakcji z życia w aspekcie fizycznym i psychicznym mieszkańców miasta i wsi.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Do zadań pielęgniarki, we wczesnym wykrywaniu zaburzeń masy ciała, należy zaliczyć przeprowadzanie badań profilaktycznych w poszczególnych grupach wiekowych. Podczas takich działań wykorzystywane są: wywiad, obserwacja, kontrola masy i wysokości ciała, kontrola postawy ciała, wzroku i słuchu oraz pomiar RR. Dzięki tym badaniom, we wczesnym okresie można wykryć szereg zaburzeń w rozwoju dziecka, a co za tym idzie wdrożyć działania naprawcze. Edukacja młodych ludzi, w którą powinni się włączy pracownicy medyczni i rodzina, dotycząca prawidłowych postępowań zdrowotnych jest niezwykle ważna. Powinna być prowadzona w środowisku

szkolnym, w początkowym okresie dojrzewania, aby ustrzec młodych ludzi przed przykrymi skutkami odchudzania i otyłości

Bibliografia/Bibliography:

1. Kaczmarski M., Piskorz – Ogórek K. Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. HELP MED. Kraków 2014;439 – 454.

2. Kędra E., Pietras J. Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów. Probl Hig Epidemiol. 2011; 92(3):530-534.

3. Wiśniewska L. A., Celińska- Miszczuk A. Oblicza otyłości. Copyring Difin.SA Warszawa 2013;23-26.

4. Nitsch K., Jabłoński M., Sarnochowiec J., Kurpisz J. Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza. Via Medica 2015; 77-84.

5. Denis A. Zagrożenia zdrowia publicznego -Zdrowie człowieka a środowisko ABC a Wolters Kluwer business Warszawa 2015;80-109.

6. Tokarski Z. Zagrożenia zdrowia publicznego, rola edukacji w prewencji chorób. Wolters Kluwer warszawa 2016;16-29.

7. Sarzała D. Anoreksja jako zagrożenie dla zdrowia oraz społecznego funkcjonowania człowieka w kontekście etiologii profilaktyki. Kwartalnik naukowy - W trosce o zdrowie 2017;4(32):297-311.

8. Bertrandt K. Samoocena a jakość życia i występowanie objawów depresyjnych u osób z nadwagą i otyłością w porównaniu z osobami o prawidłowej masie ciała. Probl Hig Epidemiol Warszawa 2011;783-787.

9. Jóźwiak S. Otyłość dzieci i młodzieży. PZWL Warszawa 2011; 10-113

10. Sola M., Gajewska E., Manikowski W. Wpływ otyłości na jakość życia związaną ze stanem zdrowia wśród dziewcząt i chłopców. Nowiny Lekarskie 2012;81,4: 321-329.

11. Płatek-Kępińska A., Legwant-Wójcicka M. Występowanie niedowagi, nadwagi oraz otyłości wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych na terenie regionu staszowskiego. Czasopismo logistyka. pl.

Opis przypadku/Case report

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem w przebiegu raka płuc z wykorzystaniem ICNP®

Nurse's tasks in the care of a patient in the course of lung cancer using ICNP®

KAROLINA CIECHANOWSKA[1]

[1]Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.011
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Rak płuc to nowotwór złośliwy, który pochodzi z komórek nabłonka. Jest jednym z najczęstszych występujących nowotworów, zarówno u mężczyzn jak i kobiet. Wraz z wiekiem rośnie liczba zachorowań i zgonów. Głównym czynnikiem zachorowania na raka płuc to palenie tytoniu. W początkowym stadium choroby rak płuc najczęściej jest bezobjawowy, dlatego występuje niska wykrywalność tego nowotworu. Poprzez zastosowanie wczesnej profilaktyki i odpowiednio dobranej terapii możliwe jest uniknięcie wzrostu zachorowań i zgonów na nowotwór płuc.
Cel pracy. Celem pracy jest określenie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z rakiem płuc z wykorzystaniem ICNP®.
Prezentacja przypadku. Pacjent lat 76, przebywający na oddziale pulmonologicznym, skarży się na przewlekły ból w klatce piersiowej i duszność wysiłkową. Pacjent jest wieloletnim palaczem. Chory wymaga edukacji na temat choroby i samoopieki oraz pomocy w czynnościach dnia codziennego. Z powodu zaplanowanej diagnostyki i leczenia pacjent odczuwa lęk i niepokój.

Wnioski. Całościowa i zindywidualizowana opieka pielęgniarska poprawiły jakość życia pacjenta i pozwoliła uniknąć niepożądanym skutkom w przebiegu choroby.

Słowa kluczowe: rak płuc, proces pielęgnowania, ICNP®

Abstract:
Introduction. Lung cancer is a malignant tumor that comes from epithelial cells. It is one of the most common cancers in both men and women. As we get older, the number of cases and deaths increases. The main factor in the incidence of lung cancer is smoking. In the initial stage of the disease lung cancer is most often asymptomatic, therefore there is a low detection of this cancer. By the application of early prophylaxis and appropriately selected therapy it is possible to avoid an increase in lung cancer morbidity and deaths.
Aim. The purpose of this work is to define the tasks of a nurse in the care of a lung cancer patient using ICNP®.
Case study. A 76-year-old patient in the pulmonary ward complains about chronic chest pain and exercise dyspnea. The patient is a long-standing smoker. The patient requires education about the disease and self-care and help in everyday activities. Due to the planned diagnosis and treatment, the patient feels anxiety and anxiety.
Conclusions. The comprehensive and individualised nursing care has improved the quality of life of the patient and has allowed to avoid adverse effects in the course of the disease.

Keywords: lung cancer, nursing process, ICNP®

Wstęp

Rak płuc to nowotwór złośliwy, który umiejscawia się w komórkach nabłonka dróg oddechowych [1]. W krajach rozwiniętych rak płuc jest jednym z najczęstszych występujących nowotworów [2]. Wysoki wskaźnik umieralności na ten nowotwór spowodowany jest niską wykrywalnością tej choroby i braku

efektywnych wyników leczenia [1]. Na całym świecie odnotowuje się 1600000 zachorowań na raka płuc w ciągu roku [3]. W Polsce w 2017 roku zachorowalność na raka płuc u mężczyzn wynosiła 16,7%, a u kobiet - 9,4%. Natomiast zgony w 2017 roku z powodu raka płuc u mężczyzn stanowiły 28,4%, a u kobiet 17% [4].

Do czynników ryzyka raka płuc należą:
- czynne i bierne palenie tytoniu,
- wiek powyżej 63 lat,
- predyspozycje genetyczne,
- substancje chemiczne (radon, azbest, spaliny),
- przebyte leczenie przeciwnowotworowe,
- zbliznowacenia w obrębie płuc,
- choroba nowotworowa w wywiadzie, choroby śródmiąższowe płuc, POChP, rozedma płuc,
- praca w kopalniach oraz zakładach chemicznych [5,6].

Rak płuc w początkowej fazie choroby najczęściej jest bezobjawowy. Charakterystyczne symptomy, na które pacjent powinien zwrócić uwagę to:
- kaszel,
- duszność,
- ból występujący w barkach i klatce piersiowej,
- wydzielina z zawartością krwi przy odkrztuszaniu,
- zmęczenie,
- utrata masy ciała,
- nawracające infekcje dróg oddechowych,
- świszczący oddech,
- długo trwająca chrypka [5].

Do diagnostyki choroby służą takie badania jak: pozytonowa tomografia emisyjna, obrazowanie metodą ultrasonograficzną, scyntygrafia kości, bronchoskopia, magnetyczny rezonans jądrowy, biopsja, BAL (popłuczyny oskrzelowo - pęcherzykowe) [5].

Ze względu na podział raka płuc, drobnokomórkowego i niedrobnokomórkowego, stosowane są różne metody terapii. Forma terapii zależy od rodzaju histologicznego i zaawansowania raka płuca. Wśród nich są: leczenie chirurgiczne, biologiczne radioterapia, chemioterapia oraz chemioradioterapia [6].

Poprzez prawidłowe komunikowanie się z pacjentem pielęgniarka sprawi, iż chory będzie czuł się bezpieczny i zmotywowany do współpracy [7]. Bardzo ważnym elementem jest realizacja świadczeń przez pielęgniarkę takich jak: uczestniczenie w procesie diagnostycznym i terapeutycznym pacjenta, przygotowanie chorego do samoopieki i samopielęgnacji, kontrolowanie odżywianie, prowadzenie profilaktyki antytytoniowej, profilaktyki powikłań związanych z leczeniem oraz terapię p/bólową [8,9].

Cel

Celem pracy jest zaplanowanie opieki nad pacjentem w przebiegu raka płuc przy zastosowaniu odpowiednich interwencji i diagnoz pielęgniarskich. W planie opieki pielęgniarskiej wykorzystano standardowy model procesu pielęgnowania, w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

Materiał i metody

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. Zastosowane techniki badań w pracy są następujące: obserwacja, wywiad bezpośredni, analiza dokumentacji medycznej (historii choroby, karty gorączkowej, karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej), pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, częstość oddechów). Pacjent zgodził się na przeprowadzenie wywiadu, które odbyło się w lutym 2020r. Z zebranych informacji określono diagnozy pielęgniarskie oraz

opracowano indywidualny plan opieki pielęgniarskiej z zastosowaniem klasyfikacji ICNP®.

Prezentacja przypadku

Pacjent lat 76, urodzony w Działdowie. Mieszka z żoną, córką i jej rodziną w małym miasteczku. Chory jest wieloletnim palaczem. W 2000r. przyjęty był na oddziale kardiologii z powodu zawału mięśnia sercowego. Przy przyjęciu oceniony został według skali Lawtona. Liczba punktów wynosiła 16, co oznaczało umiarkowaną zależność pacjenta.

Mężczyzna aktualnie jest w pierwszej dobie hospitalizacji w oddziale pulmonologicznym, skierowany przez lekarza POZ w celu diagnostyki choroby. Kontakt z pacjentem prawidłowy. Od dwóch miesięcy pogarsza się stan zdrowia pacjenta. Chory skarży się na przewlekły ból w klatce piersiowej i duszność wysiłkową. Mężczyzna nie posiada wiedzy na temat choroby i samoopieki. Wymaga pomocy z czynnościach ADL. Chory odczuwa lęk i niepokój z powodu hospitalizacji i dalszego rokowania. Na chwilę obecną liczba punktów według skali Lawtona wynosi 16.

Tabela 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M (2009)

Dane socjodemograficzne	
Rok urodzenia: 12.01.1944r.	*Płeć: Mężczyzna*
Stan cywilny: Żonaty	*Aktywność zawodowa: Emeryt*

STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)
Temperatura: 36,4 °C
Tętno:(liczba / napięcie / rytm) 80/min, dobrze napięte, miarowe
Oddechy: 20odd./min.
Ciśnienie tętnicze: 120/60 mmHg

Masa ciała: 70kg
Wzrost: 172 cm
BMI: 23,66 – prawidłowe

WYWIAD RODZINNY
Członkowie rodziny: żona, córka, zięć, dwie wnuczki *Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: narodziny wnuczki* *Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu II* *Hobby/ zainteresowania: wędkowanie* *Formy spędzania czasu wolnego: wędkowanie, oglądanie seriali* *Nałogi w rodzinie: brak* *Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: spożywanie produktów z dużą zawartością soli* *Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: pacjent nie podaje* *Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: pacjent nie podaje*

Tabela 2. Badanie fizykalne - opracowanie na podstawie Lesińska--Sawicka M (2009)

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
20/min	spłycony	Suchy, męczący, występuje okresowo - podczas wysiłku	duszność wysiłkowa	wąsy tlenowe - tlen przez wąsy tlenowe 2l/miin

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturacja
120/60 mmHg	80/min	brak	brak	wysiłkowa	brak	95% SO2

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
proteza	prawidłowe	prawidłowy	ogólna	brak	doustnie

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowłady / drżenia	mowa	inne objawy
15 pkt - przytomny	brak	prawidłowa	brak

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS (seniorzy)
prawidłowy	obniżony	lęk przed hospitalizacją	9 pkt. - brak depresji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki	deficyt umiejętności	brak motywacji do rezygnacji z palenia tytoniu	ograniczenia w zakresie samoopieki	Barthel (PADL) 82 pkt - stan pacjenta ''średnio ciężki''	Lawtona (IADL) 16 pkt - umiarkowana zależność pacjenta	19 pkt - występuje ryzyko niedożywienia BMI=23,66 masa ciała prawidłowa

Diagnozy i interwencje pielęgniarskie

Po zebraniu informacji z badań podmiotowych i przedmiotowych rozpoznano następujące problemy: ból przewlekły w klatce piersiowej na skutek choroby nowotworowej, duszność wysiłkowa wynikająca z procesu nowotworowego, trudności w czynnościach ADL z powodu duszności wysiłkowej, niepokój i lęk związany z hospitalizacją, brak wiedzy na temat choroby i samoopieki oraz brak motywacji do zerwania z nikotynizmem.

Poniżej przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w odniesieniu do zdiagnozowanych problemów pielęgnacyjnych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (Tabela 3.)

Opieka została zaplanowana i zrealizowana w oparciu o modele D. Orem częściowo-kompensacyjny, wspierająco-edukacyjny oraz B. Neuman.

Poniżej, w Tabeli 3., zaprezentowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne opisywanego chorego w sposób tradycyjny oraz z wykorzystaniem ICNP®.

Tabela 3. Proces pielęgnowania pacjenta z rakiem płuc z wykorzystaniem ICNP®.

Problem pielęgnacyjny I	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Ból przewlekły w klatce piersiowej spowodowany chorobą nowotworową	Ból [10023130] + klatka piersiowa [10019692]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Wyeliminowanie bólu
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Ocena bólu w skali VAS. - Podaż leków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarskie.	- Ocenianie bólu [10026119] - Monitorowanie bólu [10038929] - Administrowanie lekiem

- Obserwacja stanu ogólnego pacjenta (tętno, RR, temperatura, oddech). - Usunięcie bodźców narażających chorego na dodatkowy ból. - Ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej/siedzącej. - Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu (60% wilgotności 19°C). - Zastosowanie niefarmakologicznych metod kontrolowania bólu (muzykoterapia, odpoczynek, włączenie TV).	przeciwbólowym [10023084] - Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] - Implementacja pielęgnacji zapewniającej komfort [10039705] - Pozycjonowanie pacjenta [10014761] - Zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507] + powietrze [10002061]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Ból zmniejszył się	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Zredukowany ból [10027917]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Ból to subiektywne i przykre wrażenie zmysłowe i emocjonalne. Ocena bólu pozwoli zastosować odpowiednie interwencje i zmniejszyć dolegliwości bólowe, które sprawiają pacjentowi dyskomfort [10].	

Problem pielęgnacyjny II	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Duszność wysiłkowa wynikająca z procesu nowotworowego	Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10029414]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Zmniejszenie duszności
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Obserwacja stanu ogólnego pacjenta (saturacja, liczba oddechów). - Podanie leków rozszerzających oskrzela na pisemne zlecenie lekarskie.	- Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] - Administrowanie lekiem [10025444] - Terapia tlenem [10039369]

- Tlenoterapia na pisemne zlecenie lekarskie (2l/min przy zastosowaniu wąsów). - Eliminacja czynników nasilających duszność (wysiłek fizyczny, stres). - Motywowanie chorego do stosowania ćwiczeń oddechowych. - Utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu (60% wilgotności, 19°C). - Pomoc w przyjęciu pozycji siedzącej lub półsiedzącej poprawiającej efektywność oddychania. - Dostosowanie wysiłku do możliwości pacjenta.	- Zarządzanie niwelowaniem objawu [10038718] - Promowanie ćwiczeń [10040834] - Zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507] + powietrze [10002061] - Pozycjonowanie pacjenta [10014761] - Ocenianie możliwości [10026040]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich:Duszność zmniejszyła się	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Efektywne oddychanie [10041334]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Ćwiczenia oddechowe zwiększają ruchomość klatki piersiowej, pojemność życiowa płuc i wzmacniają mięśnie oddechowe. Podjęte działania złagodzą duszność i poprawią samopoczucie pacjenta [8].	

Problem pielęgnacyjny III	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Trudności w czynnościach ADL spowodowane dusznością wysiłkową	Trudności w radzeniu sobie [10001120]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Zwiększenie zakresu samodzielności
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Ocena zdolności samoopiekuńczych za pomocą skali Barthel i Lawtona.	- Ocenianie samoopieki [10021844] - Asystowanie w samoopiece [10035763]

- Udzielanie pacjentowi pomocy w czynnościach ADL. – Zapewnienie warunków intymności w trakcie toalety. - Zalecenie pacjentowi ubierania się w wygodny strój, nieograniczający ruchów klatki piersiowej. - Dostosowanie wysiłku do możliwości pacjenta. – Włączanie pacjenta do samoobsługi i samopielęgnacji.	- Zapewnienie prywatności [10026399] - Nauczanie o samoopiece [10045014] - Ocenianie możliwości [10026040] - Promowanie samoopieki [10026347]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Pacjent zdolny do samoopieki.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Zdolny do samoopieki [10025714]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Uczestnictwo chorego w czynnościach samoobsługowych i samopielegnacyjnych stanowi rodzaj rehabilitacji ruchowej. Ocena zdolności samoopiekuńczych i wdrożenie zaplanowanych interwencji pozwoli na całkowite poznanie i zaspokojenie potrzeb oraz polepszenie samopoczucia na rzecz zdrowia pacjenta [8].	

Problem pielęgnacyjny IV	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Niepokój i lęk związany z hospitalizacją	Niepokój [10000477] + strach [10000703]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Wyeliminowanie niepokoju i lęku
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Podanie leków uspokajających na pisemne zlecenie lekarskie. - Ocena stanu ogólnego pacjenta (RR, tętno, temperatura, saturacja, liczba oddechów). - Zapewnienie choremu	- Administrowanie lekiem [10025444] - Monitorowanie statusu fizjologicznego [10012183] - Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] - Zachowanie interaktywne

odpowiedniego komfortu oraz bezpieczeństwa poprzez: miłą atmosferę, życzliwe rozmowy. - Okazanie zrozumienia. - Udzielenie odpowiedzi na dręczące pytania. - Aktywne słuchanie. - Przekonanie do rozmowy z psychologiem. - Zapewnienie stałej obecności rodziny przy pacjencie.	[10010463] - Zarządzanie nastrojem [10036256] - Promowanie wsparcia rodziny [10036078]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Niepokój i lęk zmniejszył się.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Zredukowany niepokój [10027858]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Podczas niepokoju mogą pojawić się objawy niepożądane takie jak: rozdrażnienie, płacz, trudności w koncentracji. Zaplanowane działania mają na celu zapewnić wsparcie psychiczne, ułatwić rozwiązanie problemu związanego ze stresem [10,11].	

Problem pielęgnacyjny V	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Deficyt wiedzy na temat choroby i samoopieki	Brak wiedzy o chorobie [10021994]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Uzupełnienie deficytu wiedzy
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Ocena zdolności samoopiekuńczych i wiedzy na temat choroby za pomocą skali Barthel i Lawtona. - Ocena wiedzy na temat choroby. - Udzielanie choremu informacji dotyczących występujących	- Ocenianie samoopieki [10021844] - Ocenianie wiedzy [10033882] - Nauczanie o chorobie [10024116] - Promowanie samoopieki [10026347] - Nauczanie o samoopiece [10045014]

dolegliwości oraz sposobów ich zmniejszania. - Podanie broszur, książek, ulotek, stron internetowych. - Przedstawienie pacjentowi propozycji zmiany stylu życia: zaprzestanie palenia papierosów, umiejętne radzenie sobie z problemami. - Edukacja rodziny o konieczności pomocy pacjentowi w czynnościach, które sprawiają choremu trudność. - Edukacja pacjenta na temat negatywnych skutków palenia tytoniu oraz powikłań.	- Wzmacnianie umiejętności [10026436] - Wzmacnianie pozytywnych zachowań [10036176] - Poradnictwo dotyczące stosowania tytoniu [10031058] - Nauczanie rodziny o chorobie [10021719]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Pacjent wzbogacił swoją wiedzę na temat choroby	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Wiedza adekwatna [10014885]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Całościowe podejście do zdrowia i czynników ryzyka będzie wzmacniało potencjał do podejmowania działań prozdrowotnych. Edukacja na temat choroby i samoopieki pozwoli na wyeliminowanie niepożądanych następstw choroby [8].	

Problem pielęgnacyjny VI	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Brak motywacji do zerwania z nałogiem palenia tytoniu	Brak samoświadomości [10029451]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Zaprzestanie palenia tytoniu
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
- Ocena stopnia uzależnienia od nikotyny przy użyciu	- Ocenianie gotowości do rzucenia palenia [10038623]

kwestionariusza wg Fagerstroma. - Przekazanie broszur informacyjnych, poradników, literatury. - Zapoznanie pacjenta z korzyściami wynikającymi z zaprzestania palenia tytoniu. - Podkreślanie pozytywnych cech chorego. - Okazanie zrozumienia dla problemów pacjenta.	- Promowanie zachowań prozdrowotnych [10032465] - Nauczanie o używaniu tytoniu [10038843] - Wzmacnianie tożsamości osobowej [10026443] - Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]
Ocena realizowanych działań pielęgniarskich: Pacjent zmniejszył ilość wypalanego tytoniu.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: Bez nadużywania tytoniu [10029147]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Ocena stopnia uzależnienia pozwoli podjąć działania wspierające i zrozumieć pacjentowi jak ważne jest zachowanie prawidłowego zdrowia w celu rozwiązania problemu z nikotyną [8,12].	

Dyskusja

Tendencja zachorowań i zgonów jest rosnąca. Wraz z wiekiem jest większe prawdopodobieństwo zachorowania na raka płuc [13]. Powyżej 65 roku życia nastąpił wzrost zachorowalności na raka płuc u obu płci. Trendy zachorowalności na ten nowotwór w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia u kobiet wynosiły 11%, a u mężczyzn 17% [4]. Pięć lat od rozpoznania choroby przeżywa około 13,5% ludzi [14]. Dane z 2009 roku podają, iż w Polsce jest więcej zachorowań na raka płuc w porównaniu do Europy. W 2013 roku w Polsce liczba zgonów z powodu raka płuc u kobiet wynosiła 6653, a u mężczyzn 16002 [15]. Trend zachorowalności na raka płuc w Polsce w 2017 roku u mężczyzn wynosił 16,7% , a u kobiet - 9,4%. Natomiast zgony w 2017 roku z powodu raka płuc u mężczyzn stanowiły 28,4%, a u kobiet 17% [4].

W trakcie diagnostyki raka płuc w badaniu przedmiotowym należy zwrócić uwagę na:
- szmery oskrzelowe;
- powiększenie węzłów chłonnych nadobojczykowych;
- objawy sugerujące zespół żyły głównej górnej;
- obecność płynu w jamie opłucnej, worku osierdziowym;
- ból ściany klatki piersiowej;
- powiększenie wątroby [14].

Dostosowanie wyboru metody terapii uzależnione jest od stopnia zaawansowania choroby. Przy niskim stopniu zaawansowania raka płuc stosuje się leczenie chirurgiczne. Zastosowanie radioterapii i chemioterapii niesie za sobą efekty niepożądane. Promieniowanie jonizujące w radioterapii często prowadzi do: infekcji przełyku, zaburzeń połykania, duszności, zmęczenia, bólu, kaszlu. W chemioterapii skutkami ubocznymi są: wymioty, nudności, wypadanie włosów, zmniejszenie się liczby krwinek białych, czerwonych i płytek krwi [5].

W opiece nad pacjentem z nowotworem płuc istotne jest całościowe podejście do pacjenta, które pozwoli w regulacji aspektów psychologicznych i fizycznych. Główną przyczyną raka płuc jest palenie tytoniu. Dym z tytoniu zawiera substancje kancerogenne, które szkodzą osobom przebywającym w otoczeniu osób palących. Chorzy odczuwający charakterystyczne objawy raka płuc często odczuwają lęk przed hospitalizacją i mogą niechętnie włączać się w proces leczenia i diagnostyki. Podczas poczucia bezradności pacjenta ważne jest wzmacnianie pozytywnych cech pacjenta i zadbanie o prawidłowy kontakt z bliskimi. Jakość życia pacjenta z rakiem płuc uzależniony jest od adaptacji nowej sytuacji życiowej [16].

Pielęgniarka w kontakcie z pacjentem z rakiem płuc powinna zadbać o prawidłową komunikację, uzyskanie motywacji do zaprzestaniu palenia oraz poczucia samoświadomości własnego

stanu zdrowia pacjenta [17,18]. Obserwacja zmian zachodzących w organizmie chorego po zastosowanej odpowiedniej terapii pozwoli na uniknięcie skutków ubocznych i ewentualnych powikłań [19]. W tym celu pielęgniarka może podać leki przeciwwymiotne, leki odczulające, przeciwbiegunkowe zgodnie ze zleceniem lekarskim [20]. W radioterapii istotne jest stosowanie delikatnych mydeł, miękkich ręczników do osuszania skóry, nienasłonecznianie skóry poddanej radioterapii [4]. Pacjenci nowotworowi często doświadczają dolegliwości bólowych. Ocena tego parametru musi być regularnie prowadzona oraz należy zastosować terapię przeciwbólową. Zastosowanie tlenoterapii i niefarmakologicznych metod służących poprawie wymiany gazowej pozwoli zmniejszyć duszność u chorego z rakiem płuc [21]. W ramach funkcji rehabilitacyjnej pielęgniarka uczestniczy w uruchomieniu pacjenta po zabiegu operacyjnym i stosuje ćwiczenia oddechowe [8,22]. Warto również przekazać materiały pomocnicze, takie jak: broszury, książki, strony internetowe w celu wzbogacenia wiedzy pacjenta [10].

Ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej wprowadzona na lata 2020-2030 pozwoli m.in na: wprowadzenie ulepszonej profilaktyki, poprawę jakości życia pacjenta onkologicznego poprzez wprowadzenie postępu systemu opieki, wczesne wykrywanie, diagnostykę i leczenie nowotworów, gwarancję do uzyskania dostępu wysokiej jakości świadczeń w onkologii [23].

Wnioski

1. Zadania dotyczące profilaktyki, terapii, rehabilitacji, edukacji oraz wsparcia psychicznego pozwoliły na poprawę jakości życia pacjenta z rakiem płuc
2. Dominujące problemy jakie rozwiązuje pielęgniarka to: ból klatki piersiowej, dyskomfort z powodu duszności wysiłkowej, kaszlu, lęk przed hospitalizacją, brak wiedzy na temat choroby i samoopieki.

3. Zastosowanie ICNP® w procesie pielęgnowania pozwoliło udoskonalić plan opieki nad pacjentem z nowotworem płuc.
4. Wzmocnienie motywacji do zaprzestania z nałogiem palenia tytoniu doprowadziło do przestrzegania zasad prozdrowotnego trybu życia i uniknięcia niechcianych skutków choroby.

Bibliografia/Bibliography:

1. Pawlicka M., Mroczek A., Bałabuszek K., Radzka A., Fałkowska U. Nauki Przyrodnicze i Medyczne: Postępy w farmakologii i onkologii. Lublin 2018;97-99.

2. Siemińska, A., Kubiak, A., Bobowicz, M. i wsp. Współwystępowanie raka płuca i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pol Med Paliat. 2006;5(2):407.

3. Domagała-Kulawik J., Osińska I. Zaburzenia odpowiedzi immunologicznej w raku płuca nowy - cel terapii. Pneumonologia i Alergologia Polska. 2014;82:287.

4. Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K. i wsp. Nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w 2017 roku. Warszawa 2019;10-11,14.

5. Gilligan D., Rintoul R. Rak płuc. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010;28-35, 61-72,81,101,115-119,157-161.

6. Chazan R. Standardy diagnostyczno-terapeutyczne w chorobach układu oddechowego-wskazówki praktyczne. α-medica press. Warszawa 2015;137-139,150-153.

7. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012;184-185.

8. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych. TOM 1 i 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010;159, 461, 639, 800, 886-888, 930-931.

9. Suwała M., Gerstenkorn A. Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w pierwotnej i wtórnej profilaktyce antytytoniowej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012;18(3):244-245.

10. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015;213, 216

11. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2017;177-178

12. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M. Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010;222-223.

13. Dworski, M., Śliwczyński, A., Tkacz, A. i wsp. Rak płuca w świetle danych Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2006-2009. Journal of Oncology. 2011;61(6):555.

14. Krzakowski M., Jassem J. i wsp. Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Onkologia w Praktyce Klinicznej - edukacja. 2019;5(1):22.

15. Krajowy Rejestr Nowotworów http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-oplucnej-pluca-c33-34/ [data dostępu: 13.08.2020r.]

16. Pękała, M., Kozaka, J. Jakość życia chorych na raka płuca. Psychoonkologia. 2016;20(2): 90-92.

17. Lesiak A., Pyk M., Zdziebło K., Toporek W., Łon P. Umiejętność efektywnego komunikowania z pacjentem onkologicznym podstawą

pracy pielęgniarki. [w:] Pasek M., Dębska G. (red.): Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o. o. - Oficyna Wydawnicza AFM. Kraków 2011;173-174.

18. Suwała M., Gerstenkorn A. Rola pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w pierwotnej i wtórnej profilaktyce antytytoniowej. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012;18(3):244-245.

19. Ceglarek D. Opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. [w:] Pasek M., Dębska G. (red): Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o. o. - Oficyna Wydawnicza AFM. Kraków 2010;13-14.

20. Zaborowska A., Pasek M. Opieka nad pacjentem poddanym chemioterapii. [w:] Pasek M., Dębska G. (red): Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o. o. - Oficyna Wydawnicza AFM. Kraków 2011;12-15.

21. Kaptacz A., de Walden-Gałuszko K. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2017;46-48.

22. Jeziorski A. Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2005;173.

23. Ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej z dnia 26 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 969) [data dostępu: 12.12.2019r.]

Artykuły poglądowe/Review

Oregano - właściwości i wykorzystanie przez ludzi

Oreganon - properties and usage by human

OLGA SUSKA[1], OLIWIA TURKOT[1], KALINA SIKORSKA-ZIMNY[2,3]

[1] Studenci specjalizacji Zioła i żywność funkcjonalna w profilaktyce i terapii, na kierunku Dietetyka, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego. Koło Dietetyków PUSB.
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego.
[3] Pracownia Przechowalnictwa i Fizjologii Pozbiorczej Owoców i Warzyw. Instytut Ogrodnictwa, Skierniewice

DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.012
ISSN:2451-1846

Streszczenie:
Wstęp. Lebiodka, czyli oregano to popularna roślina stosowana w medycynie, kosmetykach, jak i w kuchni w wielu rejonach świata. Jej właściwości doceniali starożytni, a i obecnie w związku z coraz większym zainteresowaniem leczniczym działaniem roślin, lebiodka staje się przedmiotem wielu badań. Jej właściwości bakterio- grzybo- a nawet wirusobójcze wzbudzały duże zainteresowanie. Była ceniona jako panaceum na dolegliwości ze strony układu pokarmowego, ale i stosowana przy podrażnieniach skóry.
Przegląd. Wraz z rozwojem nauki coraz lepiej i dokładniej poznajemy nie tylko sam skład roślin, ale i ich oddziaływanie na zdrowie ludzi, zarówno poszczególnych składników jak i całej rośliny. Lebiodka obfitująca w olejki eteryczne, ale i polifenole, mikro i makroelementy była znana ze swoich właściwości leczniczych od starożytności. Wraz z rozwojem metod analitycznych i wiedzy naukowej zbadano i oceniono lebiodkę poznając mechanizmy jej działania prozdrowotnego.

Podsumowanie. Oregano z uwagi na swoje właściwości spotyka się z coraz większym zastosowaniem jako środek korzystnie wpływający na zdrowie ludzi i dodatkowo mogący pełnić rolę swoistych naturalnych konserwantów żywności.

Słowa kluczowe: lebiodka, zastosowane, zdrowie ludzi, skład chemiczny

Abstract:
Introduction. Lebiodka, or oregano, is a popular plant used in medicine, cosmetics and in cuisine in many areas of the world. Oregano's properties were appreciated by the ancients, and now due to the growing interest in the healing effects of plants, oregano is becoming the subject of interest of many researchers. Its bacterial-fungicidal and even virucidal properties aroused great interest. Oregano was valued as a panacea for gastrointestinal ailments, but also used as calming agent for skin irritations.
Overview. With the development of science, we get to know better and more precisely not only the composition of plants, but also their impact on human health of both individual ingredients and the whole plant. Oregano is rich in essential oils, but also polyphenols, micro and macro elements and thanks to its abilities has been known for its healing properties since antiquity. Along with the development of analytical methods and scientific knowledge, the oregano was examined and assessed about the mechanisms of its pro-health effects.
Conclusions. Due to oregano's properties, as a beneficial agent for human health and additionally capable of acting as a kind of natural food preservatives. An interest in such possible usage of oregano is constantly increasing.

Keywords: Oregano, usage, human health, chemical composition

Wstęp

Lebiodka pospolita (*Origanum vulgare)* inaczej zwana oregano jest rośliną z rodziny jasnowatych, występuje powszechnie w Azji, Europie i obu Amerykach [1]. Terminów „*origanos*" i „*origanon*" użył

już w swoim dziele „*Historia Plantarum*" Theophrastus grecki botanik (371 – 287 p.n.e.) [2]. Właśnie z krajów basenu morza śródziemnego pochodzą też pierwsze informacje dotyczące zastosowania oregano [3].

W każdym z rejonów występowania lebiodce przypisywano specyficzne właściwości, powiązane z jej rzekomym rodowodem. I tak, starożytni Grecy utrzymywali, iż oregano powstało z oddechu bogini miłości i piękna – Afrodyty [4]. Napoje i żywność przygotowywana z dodatkiem lebiodki miały odprężać, relaksować i dodawać odwagi osobom nieśmiałym. Ponadto samym zielem zdobiono głowy nowożeńców [4]. Starożytni Egipcjanie uważali oregano za roślinę przypisaną Ozyrysowi - bogowi śmierci, ale i odradzającego się życia, stąd wykorzystywanie oregano w ceremoniach rytualnych [4]. W polskiej kulturze ludowej również lebiodka była bardziej powiązana ze śmiercią niż miłością. W obrządkach ludowych za jej pomocą informowano o śmierci jednego z domowników. Bądź to wieszając lebiodkę na drzwiach domu zmarłego, czy za pomocą kurendy, poprzez przekazywanie rośliny między kolejnymi domostwami [1, 5]. Natomiast w średniowieczu lebiodka miała chronić przed czarami. Działanie lebiodki "zabezpieczało" mleko przed skwaśnieniem podczas burzy (była dodawana do mleka) [4].

Czasy średniowiecza to również czasy europejskiej ekspansji na tereny Azji, Afryki i Ameryk [3]. Znajomość oregano widoczna już była w XII w. - uwieczniona na rycinach, przedstawiających w sposób szczegółowy budowę tej rośliny. Ponadto hiszpańskie kroniki wskazują, że koloniści zaczęli używać niektórych odmian lebiodki (porastających podbijane tereny). Francisco Hernández de Toledo (z dworu Filipa II Habsburga), podróżujący po Meksyku w latach 1571 - 1577, wspomina o roślinie nazywanej „Oreganillo del monte" [3, 6].

Oregano po II wojnie światowej zyskało na znaczeniu jako przyprawa [7]. Według amerykańskiego związku sprzedawców przypraw, zapotrzebowanie na lebiodkę od 1948 r. do 1956 r. wzrosło o 200% [7]. Przyczynia się do tego narastająca moda na pizzę, jak również fakt wykorzystywania rośliny w kuchni do pieczeni, zup, sosów. Lebiodka była dodawana do wielu mieszanek przyprawowych (m.in. do „przyprawy chilijskiej"). Pizza, a co za tym idzie również oregano, z uwagi na niski koszt przygotowania posiłku, zyskał w tym czasie ogromną popularność.

Ryc. 1. Lebiodka pospolita 'Aureum' (po lewej młoda roślina) (autor dr A. Stępowska)

Omówienie

Pozyskiwanie ziela

Lebiodka najlepiej rośnie na terenach nasłonecznionych, wymaga gleb lekkich, żyznych, dobrze przepuszczalnych. W Polsce występuje również na łąkach, polach, na brzegach lasów jak również w widnych lasach liściastych [8]. We Włoszech czy Hiszpanii jest uprawiana na skalę przemysłową [1]. Lebiodka jako roślina miododajna jest lubiana przez pszczelarzy, którzy chętnie wykorzystują ją jako pożytek pszczeli [9].

W celach przemysłowych zbioru dokonuje się w pełni kwitnienia, ścinając wierzchołki roślin zarówno liście jak i pędy [10]. Zalecane jest suszenie ziela na powietrzu w suszarni naturalnej lub ogrzewanej, w temperaturze nie przekraczającej 35° C a następnie rozcieranie na sitach [7, 9, 11]. Mieszaninę liści i kwiatów oczyszcza się z kawałków łodyg, przesiewając surowiec przez sita, a następnie konfekcjonuje i przekazuje na dalsze etapy przetwórcze. Oregano powinno być przechowywane w szczelnie zamkniętych naczyniach, żeby nie ulegało utlenieniu. W ten sposób nie traci właściwości i aromatu. Surowiec był objęty FP III [12].

Oregano uprawiane w Europie, Azji i obu Amerykach to głównie *Origanum vulgare*, w regionie morza Śródziemnego - *Origanum majorana*, na bliskim wschodzie – *Origanum syriacum*, na Krecie - *Origanum dictamnus* [13].

Ze względu na duże zapotrzebowanie na surowiec oregano, jak również różnorodność klimatyczną, zasobność gleb, nawodnienie czy też nasłonecznienie w danym regionie, zaczęto hodować różnego rodzaju jego odmiany. Wyróżniono szereg gatunków oregano*: O. amanum, O. calcaratum, O. dictamus, O. x hybridum, O. laevigatum, O. majorana, O. microphyllum, O.onites, O. rotundifolium, , O. vulgare, O. aureum*, jak również szereg odmian m.in. takie jak: *O*. 'Barbara Tingey', *O*. 'Buckland', *O.*'Kent Beauty', *O.*'Norton Gold', *O.*'Nymphenburg', *O.onites, O.*'Rosenkuppel', 'Aureum Crispum', 'Compactum' czy *O* 'Gold Tip' [14].

Zastosowanie

Lebiodka jest chętnie stosowana w przemyśle spożywczym, medycynie i kosmetyce. Ma szerokie zastosowane jako świeże i suszone ziele w kuchni włoskiej, greckiej, hiszpańskiej, meksykańskiej, ale i norweskiej [15-19]. Stanowi doskonały dodatek do mięs i wyrobów mięsnych, produktów mlecznych, a także przekąsek

i aromatyzowania alkoholi, jak również jako dodatek do nalewek, a w starożytności także do piw. Dodawana jest chętnie do makaronów, sałatek, sosów pomidorowych i wypieków, oraz wielu warzyw. Jest częstym składnikiem dań z jagnięciną oraz do sałatki greckiej, dobrze komponuje się z rybami i owocami morza. [18]. Na całym świecie stanowi przyprawę dodawaną do pizzy [17]. Liście wykorzystywane są również do produkcji likierów, wódek i wermutów [9].

Oregano ma długą historię zastosowania w medycynie. Ludy starożytne ceniły jej wartości lecznicze, odkażające i konserwujące [4, 20]. Jej właściwości opisywali: Arystoteles, Hipokrates, Dioskurides, Pliniusz i Paliadius. Dioskurides, działający w I w n.e., opisał w *De materia medica* „pożytki medyczne" lebiodki i definiował lebiodkę jako lek [13]. Roślina chroniła przed skutkami jadu zwierząt. Dlatego też była stosowana po ukąszeniach. Według Arystotelesa żółw, który połknie węża - natychmiast zjada lebiodkę, ratując się przed śmiercią [21]. Zielarz John Gerard w XVI wieku zalecał wywar z liści oregano, aby „rozluźnić takich, jakie są nadmiernie wzdychane" (*„easeth such as are given to overmuch sighing"*). W XVIII wieku K'Eogh definiował lebiodkę jako posiadającą „gorącą i suchą naturę". Widział w oregano remedium na bóle brzucha i serca, a także uważał za przydatne w leczeniu kaszlu, zapaleniu opłucnej, niedrożności płuc i macicy. Oregano miało mieć również kojący wpływ na nerwy [13].

Lebiodka miała i ma szerokie zastosowanie w kosmetyce. Już starożytni Grecy używali aromatycznego olejku z oregano do masażu i po kąpieli. Lebiodka była ceniona za zapach i w średniowieczu, gdzie stosowano ją do aromatyzowania wody do mycia [4]. Roślina wykorzystywano w gospodarstwach domowych, stosując ją do farbowania tkanin na czarno (ziele) i pomarańczowo (kwiat) [4]. Świeżymi liśćmi nacierano dębowe meble i podłogi (swoista politura do mebli). Obecnie olejek eteryczny używany jest do produkcji mydła,

płynów do kąpieli, wody kolońskiej, past, płynów do płukania ust i pomadek [9].

Skład chemiczny

Oregano charakteryzuje aromatyczny, gorzki, ziołowo-korzenny smak i zapach, a za intensywność tego odczucia odpowiada odmiana i warunki wzrostu rośliny [22]. Różna kompetencja w dostępie do wody, światła, ale i jakość gleby wpływa na zmienność w składzie chemicznym, co przekłada się na smak i zapach ziół. Cechy organoleptyczne oregano są kształtowane przez takie związki jak karwakrol, tymol, limonen, pinen, ocymen i kariofilen, przy czym charakterystyczny zapach jest powiązany głównie z zawartością w roślinie tymolu (do 60% całkowitej zawartości olejków) i karwakrolu (do 15% całkowitej zawartości olejków) [20, 23, 24].
W składzie chemicznym lebiodki występują związki fenolowe, flawonoidy (apigenina, luteolina, katechina, kwercetyna, kemferol, eriodykcjol, naryngenina), garbniki, makro i mikroelementy (Fe, K, Mg, P, S, Cu, Zn), witaminy (A, C, E, K, B_1, B_2, beta-karoten), błonnik, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, seskwiterpeny, kwasy fenolowe (p-hydrobenzoesowy, wanilinowy, kawowy, o- i p-kumarowy, ferulowy, galusowy, rozmarynowy, chlorogenowy, dihydroksykawowy) i olejki eteryczne (karwakrol, tymol, octan tymolu, p-cymen, linalol) [20,22-26].

Tabela 1. Skład chemiczny lebiodki

Składnik	Zawartość w 100 g s.m.	
Białko	9,00	g
Tłuszcz	4,28	g
Węglowodany	68,92	g
Błonnik	42,50	g
Cholina	0,03	g
Sód	0,03	g
Witamina A	1701	IU
Witamina E	0,02	g
Wapń	1,59	g
Żelazo	0,04	g
Magnez	0,27	g
Fosfor	0,15	g
Potas	1,26	g
Kwasy tłuszczowe nasycone	1,55	g
Kwasy tłuszczowe jednonienasycone	0,72	g
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone	1,37	g

Na podstawie FoodData Central. Spices, oregano [31].
Wartość energetyczna: 265 kcal/100 g s.m.

Właściwości prozdrowotne

Właściwości prozdrowotne oregano są znane i opisywane od stuleci. W medycynie ludowej roślina miała łagodzić astmę, zapalenie oskrzeli, kaszel. Wpływała na układ pokarmowy – stosowana na bóle brzucha, niestrawności i biegunki; układ odpornościowy – przy infekcjach, chorobach o podłożu zapalnym. Lebiodka ma działanie przeciwpasożytnicze przeciwgrzybicze, przeciwwirusowe (między innymi wobec wirusa opryszczki), przeciwbakteryjnie (zarówno na bakterie Gram+ i Gram- jak i na bakterie oporne na antybiotykoterapię) [22-24,26]. Oregano zaleca się do stosowania jako środek odkażający, wykrztuśny, żółciopędny.

Również do płukania jamy ustnej i gardła, inhalacji i kąpieli oraz jako środek przeciwbólowy [24, 27]. Nie można pominąć również istotnych właściwości antyoksydacyjnych, przeciwzapalnych i przeciwzakrzepowych [23, 28]. Badania wykazały ponadto działanie przeciwglikemiczne, przeciwnowotworowe i antymutagenne. [23, 24, 28].

Veenstra i Johnson (2019) w swoich badaniach oceniali właściwości prozdrowotne ekstraktu i olejku z oregano. Wyniki ich badań wskazują, że i ekstrakty, i olejki z oregano przyczyniają się do zmniejszenia stanów zapalnych układu pokarmowego [20]. Podobne działania mają herbatki i napary z lebiodki stosowane przy nieżytach żołądka, dwunastnicy [1]. Również Badania Padmaja i wsp. (2019) wykazały skuteczność olejku z oregano jako środka przeciwzapalnego w stomatologii [29]. Cinbilgel i Kurt (2019) w swojej pracy dotyczącej wykorzystywania oregano przez rdzennych mieszkańców Turcji wskazali, iż roślina (lub jej olejki) jest wciąż stosowana do leczenia różnych chorób, takich jak kaszel, przeziębienie, rany, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i problemy skórne u ludzi, i również u zwierząt domowych [30].

Podsumowanie

Oregano towarzyszyło ludziom jako przyprawa, lek i kosmetyk już od starożytności. Roślina jest ceniona na całym świecie z uwagi na jej walory smakowe. Wiele dań (pizza, sosy) jest ściśle powiązanych zużyciem oregano i niemal definiowanych przez tą przyprawę.

Oregano stosowane było przy wielu schorzeniach i dolegliwościach ze strony układu pokarmowego czy oddechowego, ale i problemach dermatologicznych. Stąd lebiodka ceniona jest w kosmetyce jako składnik mydeł, płynów do kąpieli i szamponów.

Obecnie naukowcy starają się wykorzystać właściwości przeciwdrobnoustrojowe oregano jednocześnie: wobec produktu i dla

zdrowia człowieka. Coraz więcej badań koncentruje się na zastosowaniu lebiodki (olejki, ekstrakty) jako naturalnego konserwantu żywności, który korzystnie wpływałby na zdrowie ludzi.

Bibliografia/Bibliography:

1. Wasilewska G. Polskie zioła lecznicze i uzdrawiające. Wydawnictwo RN. Łódź 2017.

2. Anioł-Kwiatkowska J. Rośliny leczące zwierzęta. WSiP Warszawa 1993.

3. Calpouzos L. Botanical Aspects of Oregano. Biological Laboratories, Harvard University, Cambridge, Mass. 1953.

4. Kluk K. Dykcyonarz Roślinny Warszawa (reprint of 1786 work).Volume 1-3. Drukarnia księży Piarów:1805-1811.

5. Gwiazdowicz D.J. Korzystajmy z lasu. Wydawnictwo GMP. Poznań 2015.

6. Pseudo-Apuleiu. Herbal. England, St. Augustine's abbey, Canterbury. Retrieved April 9, 2020, from https://digital.bodleian.ox.ac.uk/inquire/Discover/Search/#/?p=c+0,t+,rsrs+0,rsps+10,fa+,so+ox%3Asort%5Easc,scids+,pid+98127ed0-4bde-41e0-a93a-98a185b01de8,vi+a35255fb-925f-4446-bf14-e8051eb35ed7

7. Gumowska I. Ziółka i my. Wydawnictwo PTTK „kraj", Warszawa 1983.

8. Halarewicz A. Atlas ziół. Wydawnictwo SBM Sp. Z o.o. Warszawa 2015.

9. Czikow P., Łaptiew J. Rośliny lecznicze i bogate w witaminy. Państwowe wydawnictwo rolnicze, Warszawa 1987.

10. Treml F. Zioła z ogrodu i balkonu. Wydawnictwo Delta, Warszawa, 2010.

11. Kwaśniewska J., Mikołajczyk K. Zbieramy zioła. Wydawnictwo Akcydensowe, Warszawa 1986.

12. Walewski W. Towaroznawstwo zielarskie. Państwowy zakład wydawnictw lekarskich, Warszawa 1976.

13. Denys J. C. Antioxidant Properties of Spieces, Herbs and Other Sources. Wydawnictwo Springer, New York 2013.

14. New Encyclopedia of garden plants & flowers. Wydawnictwo Reader's Digest, First Edition copyright in London 1997, W Polsce pierwsze wydanie 2004.

15. Slimestad R., Fossen T., Brede C. Flavonoids and other phenolics in herbs commonly used in Norwegian commercial kitchens. Food Chemistry 2019;309:125678.

16. Newerli-Guz J. Przeciwutleniające właściwości majeranku ogrodowego *Origanum majorana* L. Katedra Towaroznawstwa i Zarządzania Jakością, Probl Hig Epidemiol. 2012;93(4):834-837.

17. Koksal O., Gunes E., Ozer O. and Ozden M. Analysis of effective factors on information sources at Turkish Oregano farms. African Journal of Agricultural Research. 2010;5(2):142-149.

18. Kintzios S. E. Oregano: The genera Origanum and Lippia. CRC Press, London and New York 2002.

19. Csoban K., Konyves E. Gastronomy and Culture. University of Debrecen, *Litografia Nyomda*, Hungary 2015.

20. Veenstra, J. P., & Johnson, J. J. Oregano (Origanum vulgare) extract for food preservation and improvement in gastrointestinal health. International journal of nutrition, 2019;3(4):43-52.

21. Anioł-Kwiatkowska J. Rośliny leczące zwierzęta. WSiP Warszawa 1993.

22. Singletary K. Oregano: Overview of the Literature on Health Benefits. Nutrition Today. 2010;5(3):129-138.

23. Wysmyk J. Ocena zastosowania preparatu olejku z oregano (*Origanum vulgare*) w żywieniu kurcząt brojlerów. Katedra Żywienia Zwierząt I Gospodarki Paszowej. Siedlce 2015.

24. Heidarian E, Keloushadi M. Antiproliferative and anti-invasion effects of carvacrol on PC3 human prostate cancer cells through reducing pSTAT3, pAKT, and pERK1/2 signaling proteins. Int J Prev Med 2019;10:156.

25. Gutierrez-Grijalva EP, Picos-Salas MA, Leyva-Lopez N, et al. Flavonoids and phenolic acids from oregano: Occurrence, biological activity and health benefits. Plants. 2017;26-7(1):2.

26. Hać-Szymańczuk E., Lipińska E., Grzegrzółka O. Ocena aktywności przeciwbakteryjnej oregano (*Origanum vulgare* L.). *Bromatologia* I Chemia Toksykologiczna. 2012;3:308–314.

27. Ruberto G., Biondi D., Meli R., Piattelli M. Volatile flavour components of Sicilian *Origanum onites* L. Flavour and fragrance journal. 1993;8(4):197-200.

28. Skotnicka M., Golan M, Szmukała N. Rola naturalnych przeciwutleniaczy pochodzenia roślinnego w profilaktyce nowotworowej. Annales Academiae Medicae Gedanensis. 2017;47:119-127.

29. Padmaja, S., Priya, V. V., Gayathri, R. Membrane stabilizing activity of oregano oil-A traditional medicine for dental problems. Drug Invention Today, 2019;12(7).

30. Cinbilgel, I., Kurt, Y. Oregano and/or marjoram: Traditional oil production and ethnomedical utilization of Origanum species in southern Turkey. Journal of Herbal Medicine, 2019;16:100257.

31. FoodData Central. Spices, oregano, dried. FDC Published 4/1/2019, from https://fdc.nal.usda.gov/