Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu

3(1)/2016

Rada naukowa
dr hab. Mariusz Wysokiński
dr hab. Joanna Rosińczuk
doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
doc. PhDr. Zuzanna Hudáková, PhD.
dr Ewa Barczykowska
dr Wiesław Fidecki

Kolegium redakcyjne
dr Beata Haor – redaktor naczelny
dr hab. Robert Ślusarz; dr Mariola Głowacka – z-cy redaktora naczelnego
mgr Anna Antczak –sekretarz redakcji
dr Maciej Krzemiński; mgr Marta Lisowska – redaktorzy językowi

Lista recenzentów publikowana jest na stronie czasopisma:
http://www.wyd.edu.pl/index.php/innowacje-w-pielegniarstwie-i-naukach-i-zdrowiu/o-czasopismie

Projekt okładki
Kamil Zgodziński

Czasopismo jest wydawane na zasadach licencji niewyłącznej Creative Commons.

ISSN 2451-1846
ISSN (online) 2541-1846

© Copyright by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
Włocławek 2016

Redakcja czasopisma:
Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu
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/Contents

Od Redakcji /Editorial 6

Artykuły oryginalne/Original

Aleksandra Sochacka
Ocena akceptacji choroby przewlekłej przez pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów 9

Mariola Rybka, Renata Winnicka
Jakość życia pacjenta z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy 18

Dagmara Skowrońska, Aleksandra Rychlewska, Zuzanna Walasiewicz, Arkadiusz Wojciechowski, Joanna Jonatowska, Beata Haor
Preferencje studentów kierunku pielęgniarstwo w zakresie zachowań zdrowotnych 26

Bożena Ostrowska, Karolina Szostek, Małgorzata Marcysiak
Postawy życiowe studentów pielęgniarstwa a ich stosunek do aborcji 38

Opis przypadku/Case Report

Agnieszka Komorowska
Opieka nad dzieckiem ze schizofrenią paranoidalną oraz padaczką w szkole – studium przypadku 59

Artykuły poglądowe/Review

Karolina Filipska
Padaczka – choroba społeczna XXI wieku 71

Od Redakcji/Editorial

Szanowni Państwo,

Ponownie z przyjemnością przekazujemy Państwu trzeci numer międzynarodowego kwartalnika naukowego *Innowacje w pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu (Innovations in Nursing and Health Sciences).* Prezentujemy kolejne interesujące doniesienia z zakresu nauk o zdrowiu, które zawarto w artykułach oryginalnych, pracy poglądowej i studium przypadku.

Zapraszamy do nadsyłania tekstów i zgłaszania sugestii dotyczących publikacji.

Z poważaniem
Redakcja

Artykuły oryginalne/Original

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **3(1)/2016**
ISSN 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.013

Aleksandra Sochacka[1]
[1] Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku, Oddział Urazowo-Ortopedyczny

Ocena akceptacji choroby przewlekłej przez pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów

Assessment of the Acceptability of the Chronic Disease by Patients with Osteoarthritis

Streszczenie

Wstęp. Choroba zwyrodnieniowa stawów należy do głównych przyczyn niepełnosprawności i dolegliwości bólowych w krajach rozwiniętych. Zmiany zwyrodnieniowe to ogólne określenie zmian degeneracyjnych w stawie charakteryzujące się bolesnym ograniczeniem jego funkcji. Zmiany te polegają na przedwczesnym zużyciu i zwyrodnieniu tkanek, które tworzą staw. Schorzenie to najczęściej obejmuje stawy kolanowe, biodrowe, a także stawy międzypaliczkowe rąk i stawy międzykręgowe.

Cel. Celem badań jest ocena poziomu akceptacji choroby przez pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz ustalenie wpływu czynników kształtujących określony poziom akceptacji choroby.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku. W badaniach uczestniczyło 100 pacjentów w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym. Badania przeprowadzono metodą szacowania i metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze posłużyła Skala Akceptacji Choroby oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Na podstawie wykonanych badań stwierdzono, że pacjenci z chorobą zwyrodnieniową stawów akceptują chorobę na poziomie średnim. Na poziom akceptacji choroby wpływają określone czynniki socjodemograficzne i zdrowotne.

Wnioski. 1. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów nie zależy istotnie od płci, wieku, miejsca zamieszkania oraz chorób współistniejących osób badanych. 2. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów zależy istotnie od wykształcenia osób badanych. Pacjenci z wykształceniem średnim lub wyższym wykazują wyższy poziom akceptacji choroby niż pacjenci, którzy mają wykształcenie zawodowe lub podstawowe.

Abstract

Introduction. Osteoarthritis is one of the main causes of disability and pain in the developed countries. 'Degenerative changes'comes as a general term for degenerative changes in the joint characterized by painful limitation of its functions. These changes consist in premature wear-off and degeneration of tissues that make up the joint. The disease most commonly involves the knee joints, hip joints, the metacarpophalangeal joints of palms and inter vertebral joints.

Aim. The aim of the research is to assess the level of acceptability of the disease by patients with osteoarthritis, and to determine the impact of factors that precondition the respective acceptability level of the disease.

Material and methods. The study was conducted at the Regional Hospital in Plock. The study involved 100 patients in the Trauma and Orthopaedics. The research was carried out applying the estimative method and a diagnostic survey. The research tools were: the Scale of Acceptability for the Diseases and a questionnaire survey prepared by the author of this paper.
Results. On the basis of the research it was found that patients with osteoarthritis accept the disease at the secondary level. The level of acceptability of the disease affects certain sociodemographic factors and health.
Conclusions. 1. The acceptability of osteoarthritis does not depend significantly on gender, age, place of residence and any co-existing illnesses. 2. The acceptability of osteoarthritis depends most on education level of the respondents. Patients with secondary or higher education show a higher level of acceptability of the disease than patients who have obtained only the basic vocational education or primary education.

Słowa kluczowe: choroba zwyrodnieniowa stawów, akceptacja choroby, pacjent.

Key words: osteoarthritis, acceptability of illness, the patient

Wstęp

Choroby zwyrodnieniowe stawów czyli artrozy to jedne z najczęstszych chorób narządu ruchu. Mogą mieć one podłoże genetyczne, ale najczęściej są skutkiem niewłaściwego stylu życia. Stają się one problemem społecznym, zmniejszają one tempo życia, zaburzają równowagę między aktywnością a odpoczynkiem. Stawy w narządzie ruchu u człowieka poddawane są zróżnicowanym obciążeniom, które związane są z naturalną potrzebą ruchu, doskonaleniem sprawności, eksploatacją sportową czy wymogami, które nakłada na nas wykonywany zawód. Aktywność fizyczna wykonywana w odpowiednim stopniu i proporcjach gwarantuje nam lepszy rozwój, zdrowie i sprawność fizyczną. Życie osób z artrozą zmienia się diametralnie, niekiedy już na stałe. Gdy uświadomimy sobie przyczyny błędów jakie popełniamy związane ze złym stylem życia, możemy wiedzę tą wykorzystać do modyfikacji codziennych przyzwyczajeń, co spowoduje zmniejszenie progresji zmian zwyrodnieniowych stawów. Występowanie artrozy jest zagadnieniem, które staje się co roku coraz bardziej aktualne z powodu starzenia się społeczeństwa, jak również spowodowane jest zachorowalnością na choroby zwyrodnieniowe stawów coraz młodszej populacji. Choroba zwyrodnieniowa stawów charakteryzuje się powolnymi zmianami, które w wieloletnim przebiegu mogą ulec zaostrzeniu lub okresowej remisji. Postęp przebiegu choroby różni się w czasie u poszczególnych osób i zależy on od wielu czynników, jednak sporadycznie obserwuje się przebieg choroby z szybkim zniszczeniem stawu. Procesu zwyrodnieniowego stawów nie można powstrzymać, można jedynie zmniejszyć szybkość narastania objawów zniszczenia stawu. Z tego względu bardzo ważna jest profilaktyka, która sprowadza się do redukcji czynników ryzyka wystąpienia choroby, na przykład redukcji nadwagi, przeciążenia stawów związanego z wykonywanym zawodem czy trybem życia [1].

Wśród zagadnień dotyczących chorób zwyrodnieniowych stawów istotną rolę odgrywa stopień jej akceptacji przez osoby przewlekle chore. Akceptacja choroby jest to złożony proces, na który oddziałuje wiele czynników między innymi przebieg choroby, nasilenie schorzenia, warunki i możliwości leczenia, indywidualne predyspozycje oraz cechy charakteru chorującego takie jak: temperament, radzenie sobie ze stresem, radzenie sobie z emocjami. Czynniki te mogą wpływać na to czy pacjent jest w stanie zaakceptować swój stan zdrowia. Może to determinować postawę pacjenta wobec jego choroby. Stan zdrowia wpływa zatem na funkcjonowanie pacjenta oraz jego akceptację sytuacji zdrowotnej, w której się znalazł, a warunkiem przystosowania się do choroby jest jej akceptacja. Problemy, które dotyczą osób chorych, między innymi zmniejszenie możliwości samoopieki w życiu codziennym mają negatywny wpływ na stopień

akceptacji jednostki chorobowej. Pomiar poziomu akceptacji choroby daje odpowiedź na pytanie w jakim stopniu chorzy funkcjonują i radzą sobie w środowisku domowym, rodzinnym, zawodowym z problemami zdrowotnymi i chorobowymi.

Celem badań własnych była ocena poziomu akceptacji choroby przewlekłej przez pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zbadanie wpływu czynników socjodemograficznych i zdrowotnych kształtujących określony poziom akceptacji choroby.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Płocku w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w okresie od maja do grudnia 2015 roku. Na wykonanie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 404/2015). Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów, zarówno kobiety jak i mężczyźni w wieku od 60 lat do 80 lat. Badania przeprowadzono metodą szacowania i metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze posłużyła standaryzowana Skala Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale - AIS*) oraz kwestionariusz ankiety własnego autorstwa dotyczący danych socjodemograficznych i klinicznych. Skala AIS została wykorzystana za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Analizę wyników badań wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistica 21,0 firmy IBM. Do zbadania zależności pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Wartość prawdopodobieństwa $p \leq 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki

Zastosowana w badaniach własnych Skala Akceptacji Choroby pozwoliła na ocenę poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów. Skala ta zawiera 8 stwierdzeń opisujących określone kategorie stanu zdrowia uwarunkowane przebiegiem choroby przewlekłej. Następstwa te dotyczą ograniczeń narzuconych przez sytuację zdrowotną, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób oraz obniżonego poczucia własnej wartości. W każdym stwierdzeniu badany pacjent określał za pomocą pięciostopniowej skali swój aktualny stan wskazując odpowiednią wartość punktową. Akceptacja choroby jest sumą wszystkich punktów i mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Im wyższy wynik tym większa jest akceptacja choroby, co oznacza lepsze przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez sytuację zdrowotną i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego związanego z obecną chorobą. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz brak poczucia dyskomfortu psychicznego, co może przejawiać się negatywnymi emocjami związanymi z chorobą [2]. W tabeli 1 przedstawiono uzyskane wyniki z badań własnych dotyczące poziomu akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów wśród osób badanych.

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów według ogólnej klasyfikacji Skali AIS.

Poziom akceptacji	punkty	liczebność	%
Poziom niski	8-19	37	37
Poziom średni	20-35	61	61
Poziom wysoki	36-40	2	2

Źródło: opracowanie własne

Według przedstawionych powyżej wyników dominującą grupą są chorzy wykazujący średni poziom akceptacji choroby (61%). Niski poziom akceptacji stwierdzono aż u 37% respondentów. Wysoki poziom akceptacji prezentuje tylko 2% badanych osób.

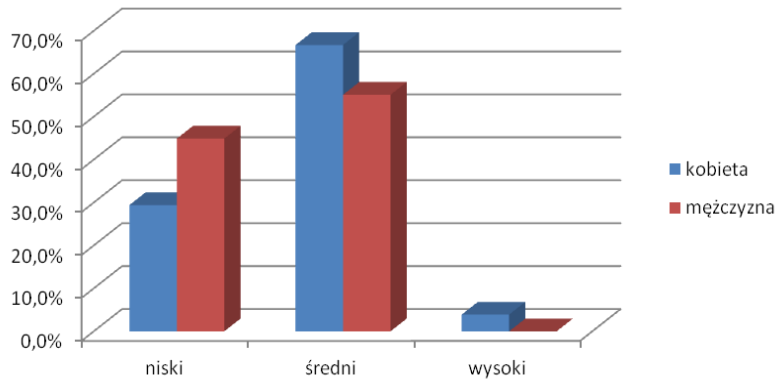
Tabela 2. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów według szczegółowych kategorii Skali AIS.

Kategorie Skali AIS	Średnia ocen (x)	Odchylenie standardowe
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	3,69	1,19
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	3,12	1,17
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem.	3,10	1,22
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	3,09	1,19
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	2,29	1,18
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	2,21	1,10
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,04	1,29
Z powodu swojego stanu zdrowie nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię.	2,04	1,23

Źródło: opracowanie własne

W powyższej tabeli 2 przedstawiono wartości średnie dla poszczególnych kategorii skali AIS, które zawierają się od x=2,04 do x=3,69, gdzie zakres przyjętej punktacji wynosił od 1 punktu do 5 punktów. Najniższą średnią, a tym samym najniższy poziom akceptacji choroby zanotowano dla określeń: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę" (x=2,04) oraz „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię" (x=2,04). Najwyższą średnią wartość, a tym samym najwyższy średni stopień akceptacji choroby zanotowano dla stwierdzeń: „myślę, że przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby" (x=3,69) oraz „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny" (x=3,12).

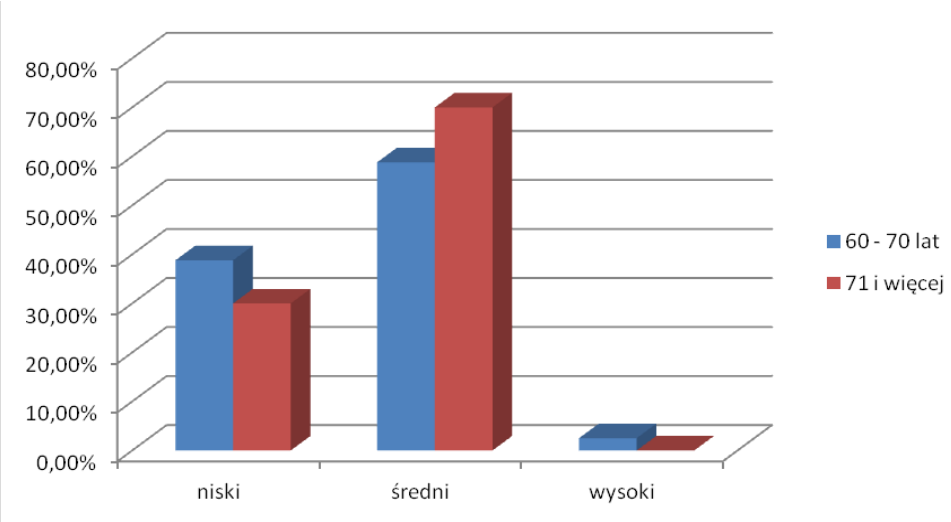
Rycina 1. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w zależności od płci badanych.



Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (χ^2=4,089, p=0,129). Zdecydowana większość zarówno kobiet (66,7%) jak i mężczyzn (55,1%) wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby wykazano aż u 44,9% mężczyzn i 29,4,0% kobiet. Wysoki poziom akceptacji choroby przejawia tylko 3,9% kobiet, natomiast w grupie mężczyzn jest to 0%.

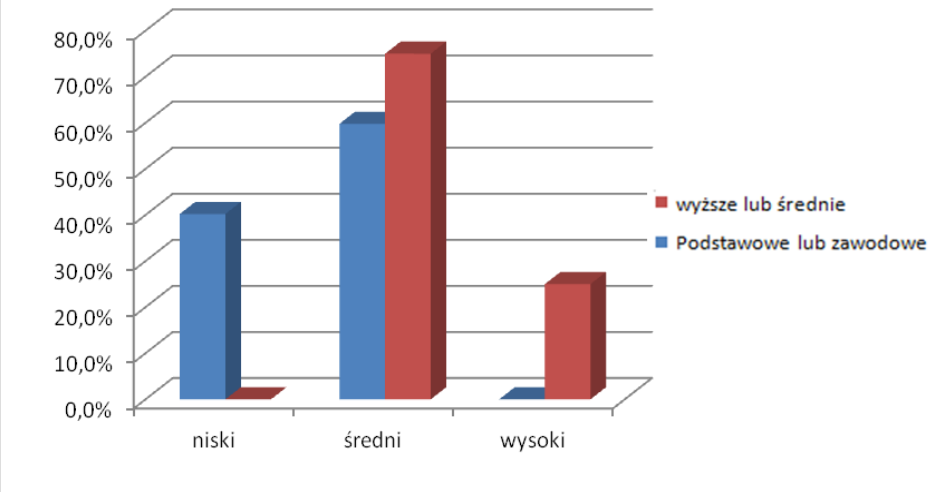
Rycina 2. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w zależności od wieku badanych.



Źródło: opracowanie własne

W analizie statystycznej nie wykazano istotnej zależności pomiędzy wiekiem ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (χ^2=1,163, p=0,559). 70% osób w wieku - 71 0 lat oraz 58,8% osób w wieku 61-70 lat wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji występuje aż u 38,8% osób w wieku 61-70 lat oraz 30,0% u osób w wieku 71-80 lat. Natomiast wysoki poziom akceptacji choroby stwierdzono tylko u 2,5% osób w wieku 61-70 lat i 0% w przedziale wieku 71-80 lat.

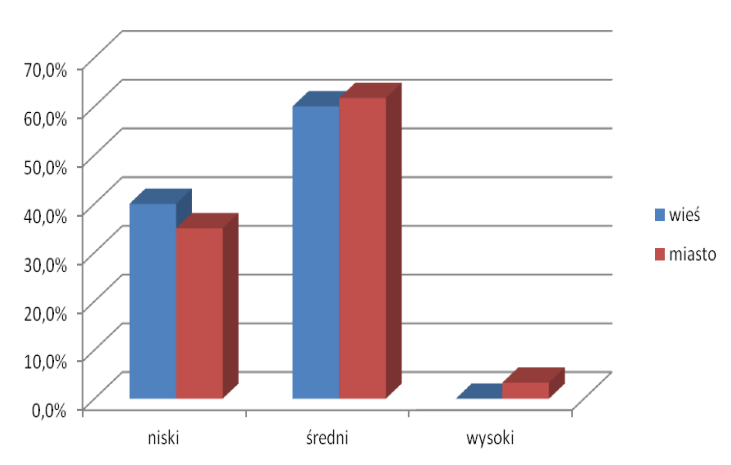
Rycina 3. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w zależności od wykształcenia badanych.



Źródło: opracowanie własne

Analizując wyniki badań stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (χ^2=26,49, p=0,001). Zdecydowana większość osób z wykształceniem wyższym lub średnim (75,0%) oraz z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (59,8%) wykazuje średni poziom akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby wykazano aż u 40,2% osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, a 0% w kategorii wykształcenia wyższego lub średniego Wysoki poziom akceptacji choroby występuje aż u 25,0% posiadających wykształcenie wyższe lub średnie i 0% w kategorii wykształcenia podstawowego lub zawodowego.

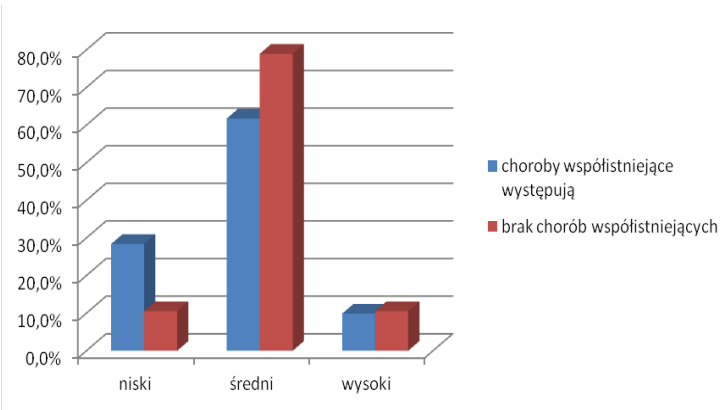
Rycina 4. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w zależności od miejsca zamieszkania badanych.



Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna nie wykazała istotnej zależności pomiędzy miejscem zamieszkania ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (÷¸=1,506, p=0,471). Przeważająca większość osób mieszkających w mieście (61,7%) wykazuje średni poziom akceptacji choroby, natomiast niski poziom uzyskało aż 35,0%, a wysoki tylko 3,3% badanych. Wśród 60,0% osób mieszkających na wsi występuje średni poziom akceptacji choroby, natomiast aż 40,0% określa poziom jako niski, a nikt w tej grupie nie określa poziomu jako wysoki.

Rycina 5. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w zależności od chorób współistniejących.



Źródło: opracowanie własne

Na podstawie analizy statystycznej nie wykazano istotnej zależności pomiędzy występowaniem chorób współistniejących u ankietowanych, a ich poziomem akceptacji choroby (χ^2=0753, p=0,686). U osób, u których występują choroby współistniejące, niski poziom akceptacji choroby określa aż 40,0% badanych, a średni poziom występuje u 60,0%. Natomiast wśród osób, u których jest brak chorób współistniejących niski poziom akceptacji choroby prezentuje aż 36,0%, średni poziom określa 61,3 % osób, a wysoki poziom określiło tylko 2,7% badanych.

Dyskusja

Przeprowadzenie badań własnych oraz ich analiza pozwoliły ocenić poziom akceptacji choroby przewlekłej na przykładzie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów oraz zbadać wpływ czynników kształtujących określony poziom akceptacji choroby. Pacjenci uczestniczący w badaniach w zdecydowanej większości określają poziom akceptacji choroby jako średni - 61,0%, niski poziom występuje u 37% osób, a u 2% jest to poziom wysoki. Najniższy poziom akceptacji choroby występuje dla stwierdzeń: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę" oraz „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego co najbardziej lubię". Najwyższy stopień akceptacji choroby zanotowano dla stwierdzeń: „myślę, że przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby" oraz „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny". Analiza wyników badań własnych dowiodła, że występuje częściowa zależność poziomu akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów w odniesieniu do czynników socjodemograficznych badanej grupy pacjentów i współistniejących u nich chorób.

W badaniach własnych kobiety wykazały zdecydowanie wyższy poziom akceptacji choroby jaką stanowi choroba zwyrodnieniowa stawów określając poziom jako średni lub wysoki w 70,6%, mężczyźni natomiast podają tę kategorię akceptacji choroby tylko w 55,1%. Różnice te jednak nie były istotne statycznie. Odmienne wyniki badań uzyskał zespół badawczy: Gajewski T., Woźnicka I., Młynarska M., Ćwikła S., Strzemecka J., Bojar I. W badaniach tego zespołu jakość życia wyżej oceniają mężczyźni (57,7%) niż kobiety (50,0%) stwierdzając, że są „zadowoleni" lub „bardzo zadowoleni" z życia [3]. Z badań przeprowadzonych przez Sierakowską M., Sierakowskiego S., Wróblewską M., Krajewską-Kułak E., wynika również, że kobiety w porównaniu z mężczyznami odczuwały stan obniżonego nastroju ze względu na swoją chorobę [4]. Autorzy kolejnych badań także stwierdzają, że to mężczyźnie są bardziej zadowoleni ze swojego życia niż kobiety [5].

Analizując poziom akceptacji choroby pod względem wieku badanych wykazano, iż respondenci w młodszej kategorii wiekowej prezentują niższy poziom akceptacji choroby przewlekłej w porównaniu z wyższą kategorią wiekową. Zależności te jednak nie są istotne statystycznie. W badaniach Sierakowskiej M., Sierakowskiego S., Wróblewskiej M., Krajewskiej-Kułak E., zaobserwowano, iż wraz z wiekiem zwiększa się uzależnienie od pomocy innych osób oraz zwiększają się dolegliwości bólowe, które powiększają dyskomfort osoby chorej [4].

Analiza poziomu akceptacji choroby pod względem wykształcenia badanych wykazała, iż respondenci posiadający wykształcenie wyższe i średnie odczuwają wyższy poziom akceptacji choroby niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Różnice te są istotne statystycznie. W badaniach, które przeprowadzone zostały przez Gajewskiego T. i współautorów wykazano także, że im wyższy poziom wykształcenia, tym odsetek osób zadowolonych z jakości życia był wyższy [3].

W analizie poziomu akceptacji choroby pod względem miejsca zamieszkania zaobserwowano, że chorzy mieszkający w mieście wykazali nieznacznie wyższy poziom

akceptacji choroby jaką stanowi choroba zwyrodnieniowa stawów w stosunku do mieszkańców wsi. Zależności istotnych statystycznie nie stwierdzono. Podobne wyniki uzyskano w badaniach wykonanych przez zespół Sierakowskiej M. i współautorów oraz przez zespół naukowy Andruszkiewicz A. i współautorzy, gdzie zdecydowana większość badanych mieszkających w mieście osiągnęła wyższy poziom jakości i zadowolenia z życia niż osoby mieszkające na wsi [4,6].

W toku analizy poziomu akceptacji choroby pod względem współwystępowania innych chorób poza chorobą zwyrodnieniową stawów wykazano, iż choroby współistniejące występują u 25,0% badanych. Występowanie tych chorób wpływa negatywnie na poziom akceptacji choroby zasadniczej jaką stanowi choroba zwyrodnieniowa stawów. Choroby współistniejące obniżają samoocenę, sprawność fizyczną oraz psychiczną.

Pomimo poważnych i często zaawansowanych objawów choroby zwyrodnieniowej stawów pacjenci akceptują fakt choroby na poziomie średnim. Ze względu na problemy natury fizycznej, psychicznej i społecznej jakie spotykają pacjenci z chorobą zwyrodnieniową stawów w życiu codziennym należy poświęcić im dużo zrozumienia, cierpliwości i troski w sprawowaniu opieki i dążeniu do jak najlepszego ich funkcjonowaniu.

Wnioski

1. Chorzy z chorobą zwyrodnieniową stawów prezentują średni poziom akceptacji choroby.
2. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów przez chorych nie zależy istotnie od płci, wieku, miejsca zamieszkania i chorób współistniejących wśród osób badanych.
3. Poziom akceptacji choroby zwyrodnieniowej stawów przez chorych zależy istotnie od wykształcenia osób badanych. Pacjenci z wykształceniem średnim lub wyższym wykazują wyższy poziom akceptacji choroby niż pacjenci, którzy mają wykształcenie zawodowe lub podstawowe.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Poziom akceptacji choroby przewlekłej przez chorego ma duże znaczenie w terapii i opiece długoterminowej zarówno w kategorii fizycznej, psychicznej jak i społecznej. W dążeniu do uzyskania wysokiego poziomu akceptacji choroby należy integrować i koordynować interdyscyplinarne działania na rzecz systematycznego podnoszenia poziomu jakości życia osób z chorobą zwyrodnieniową stawów.

Bibliografia / Bibliography:

1. Wierusz-Kozłowska M., Łapaj Ł., Markuszewski J., Kaczmarek L. Choroba zwyrodnieniowa stawów. W: Kruczyński J., Szulc A. (red.) Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:217.

2. Felton B,J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. AIS. Adaptacja: Z. Juczyński. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012.

3. Gajewski T., Woźnica I., Młynarska M., Ćwikła S., Strzemecka J., Bojar I. Wybrane aspekty jakości życia osób ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2013;19(3):362-369.

4. Sierakowska M., Sierakowski S., Wróblewska M., Krajewska-Kułak E. Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Reumatologia. 2010;48(6):372-379.

5. Rybka M., Haor B., Głowacka M. Poczucie dobrostanu w wieku podeszłym. W: Głowacka M. (red.), Pielęgniarstwo a rynek pracy. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku. Płock 2014:161-168.

6. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. Problemy Pielęgniarstwa. 16(3);2008:237-240.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **1(3)/2016**
ISSN 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.014

Mariola Rybka[1] Renata Winnicka[2]
[1]Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa we Włocławku
[2]Szpital Lipno, Spółka z o.o.

Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy

Quality of Life in case of Patients with Gastric and Duodenal Ulcer Disease

Streszczenie

Wstęp. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest przewlekłym schorzeniem w przebiegu, którego dochodzi do ograniczonych, głębokich ubytków w ścianie przewodu pokarmowego. Podstawowym objawem choroby wrzodowej jest ból w jamie brzusznej, któremu mogą towarzyszyć inne objawy jak nudności, wzdęcia czy wymioty. Do najczęstszych przyczyn wystąpienia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy zalicza się zakażenie bakteriami Helicobacter pylori oraz przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy może wpływać niekorzystnie na ocenę jakości życia pacjentów w różnych jego dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, społecznej jak również środowiskowej. Możliwość określenia deficytów w poszczególnych sferach życia może doprowadzić do zrozumienia zachowań i sytuacji pacjentów chorujących na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy w sferze fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej oraz w korelacji powyższych dziedzin ze zmiennymi społeczno-demograficznymi: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, status zatrudnienia, sposób zamieszkania, palenie papierosów oraz spożywanie alkoholu.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym i Pracowni Endoskopowej Szpitala w Lipnie. Badania jakości życia pacjentów przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, przy zastosowaniu jako narzędzia badawczego kwestionariusza WHOQOL-BREF oraz ankiety (metryczki), zawierającej 9 pytań dotyczących ogólnych informacji o osobach ankietowanych.

Wyniki. Analiza uzyskanych wyników wykazała obniżenie jakości życia chorych na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy we wszystkich dziedzinach. Najwyżej została oceniona dziedzina społeczna, a najniżej środowiskowa. Badania korelacji jakości życia ze zmiennymi społeczno-demograficznymi wykazały istotny statystycznie związek pomiędzy samooceną jakości życia a wiekiem pacjentów, stanem cywilnym, aktywnością zawodową, sposobem zamieszkania.

Wnioski. Ankietowani wyżej ocenili swoje zadowolenie z jakości życia niż stanu swojego zdrowia. Zaobserwowano różnice w ocenie jakości życia w poszczególnych dziedzinach. Najwyżej oceniona została

jakość życia w dziedzinie społecznej. Wśród badanych osób zaobserwowano korelację pomiędzy jakością życia a zmiennymi społeczno – demograficznymi, takimi jak: wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, sposób zamieszkania, spożywanie alkoholu.

Abstract

Introduction. Gastric and duodenal ulcer disease is a chronic affliction, the process of which leads to limited, deep decline in digestive tract wall. The main symptom of peptic ulcer disease is abdominal pain which may be accompanied by nausea, bloating and vomiting. Helicobacter pylori infection and taking non steroidal anti-inflammatory drugs belong to the most frequent causes of gastric and duodenal ulcer disease prevalence. The disease may affect the quality of patients' live i.e. the physical, psychological, social as well as environmental aspects of life. The possibility of specifying deficits in particular walks of life may prove to be helpful in understanding behaviour and situation of patients stricken with the disease.

Aim. The aim of this paper is to evaluate the quality of life of the patients suffering from gastric and duodenal ulcer disease in terms of physical, psychological, social and community life conditions as well as in correlation of above mentioned aspects with social-demographic variables i.e. sex, age, education, place of residence, marital status, employment status, way of residence, cigarette smoking, and alcohol consumption.

Material and methods. The research was carried out in the Surgical Ward, the Internal Diseases Department and the Endoscopy Unit of the Hospital in Lipno. The research of the quality of patients' lives was conducted by means of diagnostic survey method. There were two research tools applied i.e. WHOQOL-BREF questionnaire and respondent's particulars which consisted of nine questions concerning general information about the interviewees.

Results. The analysis of acquired results proved that the quality of people's lives who suffer from gastric and duodenal ulcer disease decreased in all the areas. The social walk of life was evaluated at the highest level, whereas the community walk of life was evaluated the lowest. Social area was rated higher than community area. The research concerning correlation of the quality of life with social demographic variables showed that there is statistically significant relation between the self-evaluation of life quality made by patients and the patients' age, marital status, professional activity, and the whereabouts of the patient.

Conclusions. The interviewees evaluated their satisfaction with the quality of life higher than their satisfaction with their health condition. The differences in evaluation of the quality of life in particular fields were observed. The quality of life in social sphere was evaluated as the most precious. Correlation between the quality of life and social-demographic variables such as age, marital status, professional activity, standard of residential place and alcohol consumption was observed among the respondents.

Słowa kluczowe: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, jakość życia, pacjent

Keywords: gastric and duodenal ulcer disease, quality of life, patient

Wstęp

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest schorzeniem w wyniku którego dochodzi do powstania ubytku w błonie śluzowej żołądka i/lub dwunastnicy, co prowadzi do wystąpienia charakterystycznych objawów chorobowych a niekiedy powikłań wpływających na jakość życia pacjentów. Wśród głównych przyczyn choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy należy wymienić zakażenie Helicobacter pylori oraz przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych [1]. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy stanowi poważny problem medyczny zarówno w Polsce jak i na całym świecie. Szacuje się, że choruje na nią 5 – 10% dorosłej populacji [2]. Na przestrzeni lat nastąpił znaczny postęp w diagnostyce choroby

wrzodowej (zastosowanie gastrofiberoskopii, szybkich metod wykrywania zakażeń Helicobacter pylori i in.) oraz schematów leczenia opracowanych na podstawie badań nad lekoopornością drobnoustrojów oraz zabiegów chirurgicznych. Choroba wrzodowa może doprowadzić do powikłań (często zagrażających życiu chorego), wśród których należy wymienić: krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego, perforację przewodu pokarmowego oraz zwężenie odźwiernika. Objawy choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy (bóle w nadbrzuszu, nudności, wymioty) mogą niekorzystnie wpływać na aktywność życiową a niekiedy również zawodową chorych osób. Choroba wrzodowa może mieć również wpływ na sferę psychiczną pacjenta w związku z wystąpieniem obaw przed badaniami (gastroskopia) oraz możliwością wystąpienia groźnych dla życia powikłań. W sferze społecznej może także dojść do wystąpienia deficytów jakości życia chociażby w czynnościach dnia codziennego. Dlatego badania jakości życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy i zdobyte w ten sposób informacje mogą stać się wytycznymi do podjęcia kierunkowych działań, których realizacja przyczyni się do poprawy jakości procedur pielęgniarskich a co za tym idzie opieki w sferach, w których wystąpiły deficyty jakości życia.

Jakość życia według definicji Światowej Organizacji Zdrowia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi" [3]. Pomiar jakości życia jest zadaniem trudnym lecz dzięki zastosowaniu odpowiednio wystandaryzowanych kwestionariuszy możliwe jest dokonanie jego oceny w różnych dziedzinach życia. W niniejszej pracy zastosowano skróconą wersję kwestionariusza WHOQOL-BREF autorstwa Wołowickiej L. i Jaracz K. oceniającą jakość życia w 4 dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Dzięki powyższym badaniom możliwe jest poznanie ogólnego postrzegania życia chorych w powiązaniu z występowaniem choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.

Celem niniejszej pracy jest zbadanie jakości życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy leczonych w Szpitalu Lipno sp. z o.o. ,w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym oraz w Pracowni Endoskopowej.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród pacjentów leczonych w Szpital Lipno Sp. z o.o. w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym i Pracowni Endoskopowej w okresie od 15.06.2015 r. - 31.12.2015 r. Osoby badane zostały poinformowane, że uzyskane informacje zostaną użyte w celu naukowym. Uczestnictwo ankietowanych było dobrowolne, bezpłatne i anonimowe. Zebrane dane ankietowe poddano analizie statystycznej. Badaniami objęto 80 osób (100%) w wieku od 40 do 80 lat. W grupie badanych większość stanowiły kobiety w liczbie 41, co odpowiada 51,25% ogółu badanych, podczas gdy mężczyźni w liczbie 39 stanowili 48,75%. Większość badanych osób należała do grupy wiekowej 40-55 lat (53,75%). Drugą pod względem liczebności była grupa wiekowa 56-70 (33,75%), natomiast najmniej liczebną grupą byli chorzy w wieku 71-80 lat (12,50%). W badanej grupie pacjentów najwięcej bo 50,00% było osób z wykształceniem średnim (40 osób), 27,50% miało wykształcenie zawodowe a po 11,25% ankietowanych wykształcenie podstawowe i wyższe. Większość badanych osób była mieszkańcami miasta – 65,00%, natomiast 35,00% zamieszkiwało tereny wiejskie. Wśród badanej grupy największą liczbę stanowiły osoby zamężne, których procentowy udział wyniósł 66,25%. Odpowiednio procentowy udział pozostałych ankietowanych w odniesieniu do stanu

cywilnego przedstawiał się następująco: wdowa/wdowiec – 16,25%, kawaler/panna – 8,75%, osoby rozwiedzione – 6,25%, osoby żyjące w separacji – 2,50%.

Dla wykonania badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety (metryczki) dotyczącej ogólnej charakterystyki badanej grupy oraz polską wersję kwestionariusza WOQOL-BREF służącego do oceny jakości życia, wykorzystywanego do oceny zarówno osób zdrowych, jak i chorych. WOQOL-BREF obejmuje 4 dziedziny jakości życia: dziedzinę fizyczną, dziedzinę psychologiczną, dziedzinę relacji społecznych, oraz dziedzinę środowiskową. W ankiecie WHOQOL-BREF znajdują się dwa pytania analizowane oddzielnie:

- pytanie nr 1 dotyczące ogólnej jakości życia oraz,
- pytanie nr 2 dotyczące indywidualnej oceny jakości własnego zdrowia.

Odpowiedzi na poszczególne pytania ujęte są w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1-5).

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). Dla zmiennych na skalach jakościowych wyniki przedstawiono za pomocą liczebności (N) oraz wskaźnika struktury (%). Dla zmiennych na skalach ilościowych wyliczono podstawowe parametry statystyki opisowej: średnią arytmetyczną, medianę, wartości minimalne i maksymalne oraz odchylenie standardowe. Zgodność rozkładu poszczególnych domen z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Ponieważ zmienne nie spełniały założenia o normalności rozkładu hipotezy statystycznie weryfikowano za pomocą nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Założono poziom istotności $\alpha=0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p<0,05$.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 80 osób w tym 41 kobiet (51,25%) i 39 mężczyzn (48,75%). Największą grupę badanych osób stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 40-55 lat - 53,75% ogółu ankietowanych, natomiast najmniej liczną była trzecia grupa wiekowa 71-80 lat - 12,50%. Wśród ogółu ankietowanych większość bo 50,00% miała wykształcenie średnie, kolejno 27,50% to osoby z wykształceniem zawodowym a po 11,25% badanych deklarowało wykształcenie podstawowe i wyższe. Analiza danych wykazała że większość - 65,00% ankietowanych stanowiły osoby zamieszkujące miasto a 35,00% to mieszkańcy wsi. Istotne różnice zaobserwowano w rozkładzie stanu cywilnego badanych pacjentów. Największą liczbę (53) co stanowiło ponad 66,00% ankietowanych to osoby zamężne, natomiast najmniejszą grupą były osoby żyjące w separacji 2,50%. Analiza rozkładu statusu zatrudnienia wykazała, że najwięcej bo 40,00% ankietowanych stanowili emeryci/renciści, natomiast najmniejszą grupą były osoby bezrobotne. Natomiast jeżeli chodzi o osoby pracujące - ogółem w porównaniu z osobami bezrobotnymi stanowili oni większość ankietowanych - 55,00%. Wśród badanych osób 87,50% to osoby mieszkające z rodziną a 12,50% ankietowanych deklarowało, że mieszkają samotnie. Analiza uzyskanych danych wykazała, że większość ankietowanych to osoby niepalące - 70,00%, a 2,50% deklarowało palenie powyżej 20 papierosów dziennie, 10,00% do 20 a 17,50% do 10 papierosów dziennie. Z 80 ankietowanych 44 osoby stwierdziły, że spożywa alkohol okazjonalnie, co daje 55,00% ogółu badanych, podczas gdy 43,75% stwierdziło, że nie pije alkoholu. Tylko 1 osoba przyznała się do nadużywania alkoholu.

Wśród 80 ankietowanych pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy większość respondentów 43,75% było średnio zadowolonych z jakości swojego życia, 31,25% określiła jakość życia jako prawie wystarczającą a 21,25% całkowicie wystarczającą. 3,75% chorych biorących udział w badaniu było trochę zadowolonych, natomiast nie stwierdzono osób negatywnie oceniających jakość życia. Większość badanych osób (42,50%) była zadowolona ze

swojego stanu zdrowia. 32,50% respondentów określiło, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni. Niezadowolonych było 12 osób co dało 15,00% ogółu badanych, a skrajną ocenę (bardzo niezadowolonych) wyraziło 3,75% ankietowanych.

Dzięki analizie uzyskanych odpowiedzi zawartych w kwestionariuszu WHOQOL-BREF opracowano profil jakości życia dla 4 dziedzin: fizycznej, psychologicznej, relacjach społecznych oraz dziedzinie środowiskowej. Analiza ogólna wartości wyznaczonych dla poszczególnych dziedzin jakości życia (zakres 4 – 20 punktów) wykazała, że ankietowane osoby jakość swojego życia najwyżej oceniają w dziedzinie społecznej, następnie w dziedzinie psychologicznej, somatycznej i środowiskowej o czym świadczą wartości średnich arytmetycznych wyliczone dla poszczególnych dziedzin, chociaż różnice wartości średnich nie odbiegały znacząco od siebie.

W kolejnym etapie badań przeanalizowano wpływ zmiennych socjo-demograficznych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, status zatrudnienia, sposób zamieszkania, palenie papierosów i spożywanie alkoholu na jakość życia badanej grupy.

W przypadku płci, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz palenia papierosów nie wykazano istotnych statystycznie różnic w jakości życia w żadnej z analizowanych dziedzin. Natomiast istotnie statystycznie różnice w ocenie jakości życia wykazano w przypadku zmiennych socjo-demograficznych dotyczących wieku, stanu cywilnego, statusu zatrudnienia, sposobu zamieszkania i spożywania alkoholu.

Analiza wpływu wieku na poziom jakości życia w dziedzinach określonych kwestionariuszem WHOQOL-BREF wykazała, że podział na dwie grupy wiekowe: 40-55 lat i 56-80 lat w istotny statystycznie sposób różnicuje jakość życia wyrażoną poprzez dziedzinę somatyczną (p=0,0225). Badani z młodszej grupy cechowali się wyższymi wartościami średniej i mediany (oznaczającymi lepszą jakość życia) od respondentów ze starszej grupy wiekowej. W odniesieniu do pozostałych trzech dziedzin uzyskano wyniki nieistotne statystycznie.

Kolejną zmienną ocenianą na podstawie uzyskanych odpowiedzi w kwestionariuszu WHOQOL-BREF była zależność poziomu jakości życia od stanu cywilnego respondentów. Analizę przeprowadzono dla dwóch ogólnych grup badanych osób: wolnych i pozostających w związkach. Ocena zależności pomiędzy poziomem jakości życia a stanem cywilnym osób badanych wykazała istotną statystycznie różnicę w odniesieniu do domeny społecznej (p=0,0150). Respondenci żyjący w związkach małżeńskich charakteryzowali się wyższymi wartościami średniej oraz mediany, co oznacza wyższą jakość życia w tej sferze.

Analizując wpływ zatrudnienia badanych osób na jakość ich życia, stwierdzono istotny statystycznie wynik w przypadku domeny somatycznej (p=0,0265)i środowiskowej (p=0,0354). Zaskakujący jest fakt, iż respondenci niepracujący charakteryzowali się wyższymi wynikami w domenie środowiskowej od respondentów pracujących.

Kolejnym analizowanym czynnikiem socjo-demograficznym, który mógł mieć wpływ na poziom jakości życia był sposób zamieszkania. Analiza uzyskanych wyników wykazała, że dla dziedziny społecznej osoby mieszkające samotnie uzyskały istotnie statystycznie niższe wyniki od osób zamieszkujących z rodziną (p=0,0029).

Analiza wpływu spożywania alkoholu na poziom jakości życia w dziedzinach określonych kwestionariuszem wykazała, że podział na dwie grupy: osoby pijącej osoby niepijące w istotny statystycznie sposób różnicuje jakość życia wyrażoną poprzez dziedzinę somatyczną (p=0,0059). Osoby spożywające alkohol cechowały się istotnie wyższymi wynikami na skali somatycznej od osób, które nie piją wcale alkoholu (wyższe wartości średniej oraz mediany), co oznacza wyższą jakość życia w tej sferze.

Dyskusja

Choroba wrzodowa jest jednostką chorobową, która znana była już w V w. p.n.e. Na przestrzeni lat w związku z rozwojem medycyny uzyskiwano coraz większą wiedzę na temat etiologii, diagnostyki i sposobów jej leczenia. Duże zmiany dotyczące choroby wrzodowej zaobserwowano w ciągu ostatnich 100 lat. Zmiany te obejmowały głównie częstości występowania oraz korelacji z płcią i wiekiem[4]. O ile w XIX wieku choroba wrzodowa, na którą chorowały głównie młode kobiety diagnozowano sporadycznie a choroba ta dotyczyła głównie żołądka, to obecnie większość zachorowań rozpoznawana jest u mężczyzn z lokalizacją zmian chorobowych w dwunastnicy. Uzyskane wyniki są przesłanką do kontynuowania badań w ocenie jakości życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy. Duża liczba przypadków zachorowań na powyższą jednostkę chorobową sprawia, że staje się ona poważnym problemem medycznym, a ocena jakości życia tej grupy pacjentów może doprowadzić do poprawy jej jakości we wszystkich dziedzinach życia. Choroba wrzodowa należy do najczęstszych organicznych schorzeń przewodu pokarmowego. Szacuje się, że cierpi na nią 5-10% populacji dorosłych. Tak duże rozpowszechnienie tej choroby sprawia, że stanowi ona ważny problem medyczny" [4].

W przeprowadzonym badaniu analizowano jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy leczonych w Szpital Lipno Sp. z o.o. w Oddziale Chirurgicznym, Oddziale Wewnętrznym i Pracowni Endoskopowej. W dostępnej bibliografii nie znaleziono publikacji ujmujących badane zagadnienie. Dotychczasowe badania obejmują ocenę jakości życia ale w innych chorobach przewodu pokarmowego.

Badania własne wykazały, że 43,75% pacjentów była średnio zadowolona z jakości swojego życia, 31,25% oceniła jakość swojego życia prawie wystarczająco a 21,25% całkowicie wystarczająco. Natomiast 48,75% respondentów było zadowolonych i bardzo zadowolonych ze stanu swojego zdrowia. Jedynie 18,75% chorych negatywnie oceniła stan swojego zdrowia. Obniżenie jakości życia wykazały Mokrowiecka i Małecka-Panas u chorych z chorobami przewodu pokarmowego [5]. Badania amerykańskie również wykazały wpływ choroby wrzodowej na obniżenie jakości życia pacjentów [6].

Badania własne wykazały, że chorzy z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy dość wysoko ocenili jakość życia we wszystkich dziedzinach. Najniżej została oceniona dziedzina środowiskowa, natomiast ocena jakości życia dla pozostałych dziedzin: fizycznej, psychologicznej oraz społecznej kształtowały się na podobnym poziomie podczas, gdy Schribel i wsp. zaobserwowali obniżenie jakości życia w dziedzinie fizycznej [7]. Badania dotyczyły pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego, gdzie głównym czynnikiem wpływającym na ocenę był ból, który jest również głównym objawem chorobowym w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Podobnie Bączyk, Karoń i Krokowicz wykazali wyższą jakość życia w dziedzinie fizycznej w przypadku choroby Leśniowskiego – Crohna oraz wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego [8].

Objawy występujące w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy, wśród których najbardziej charakterystycznym jest ból może prowadzić do wystąpienia dysfunkcji w wielu dziedzinach życia i powoduje subiektywne obniżenie jakości życia. Jak wskazują Lame i wsp. „ból niezależnie od miejsca jego występowania czy też natężenia zawsze wywiera negatywny wpływ na sytuację życiową jednostki" [9].

Przeprowadzone badania własne wykazały zależność oceny jakości od zmiennych społeczno – demograficznych. Zależność taką stwierdzono w przypadku wieku pacjentów, stanu cywilnego, statusu zatrudnienia oraz sposobu zamieszkania. Ciekawą korelację stwierdzono w przypadku subiektywnej oceny jakości życia a spożywaniem alkoholu.

Wiek ankietowanych pacjentów wykazał korelację w dziedzinie somatycznej. Respondenci ze starszej grupy wiekowej (56-80 lat) niżej ocenili jakość swojego życia, co ma praktyczne uzasadnienie biorąc pod uwagę aspekty zawarte w tej dziedzinie, jak czynności życia codziennego, zależność od leków i leczenia czy też ból i dyskomfort związany z chorobą. Badania Banaszkiewicz M., Szewczyk M., Cierzniakowskiej K. i Jawienia A. nie wykazały zależności pomiędzy wiekiem, a jakością życia u chorych ze stomią jelitową [10].

Badacze prowadzący badania nad jakością życia wskazują na wsparcie społeczne jako niezwykle ważny czynnik determinujący jakość życia [10]. Dotyczy to w głównej mierze wsparcia społecznego i rodzinnego. W sytuacji trudnej jaką niewątpliwie jest choroba, osoby wspierające a w głównej mierze rodzina, wpływają pozytywnie na chorego, pozwalając mu zrozumieć sytuację w jakiej się znalazł doprowadzając do otwarcia na świat i ludzi. Obecność i wsparcie rodziny może więc doprowadzić do pozytywnych zmian w ocenie jakości życia. Potwierdziły to badania własne dotyczące zależności pomiędzy oceną jakości życia a stanem cywilnym i sposobem zamieszkania ankietowanych osób.

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy miała negatywny wpływ i obniżenie jakości życia w dziedzinie społecznej u osób nie pozostających w związkach. Do podobnych wniosków doszli Korzonek i Dziergas badający jakość życia chorych z chorobą refluksową przełyku. Podobnie rzecz miała się z wpływem sposobu zamieszkania na subiektywną ocenę jakości życia. Osoby mieszkające samotnie podobnie jak osoby nie pozostające w związku wykazały obniżenie jakości życia w dziedzinie społecznej.

Leczenie zachowawcze choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oprócz zastosowania odpowiednich środków farmakologicznych wymaga również wprowadzenia odpowiedniej diety oraz wyeliminowania używek takich jak palenie papierosów czy też spożywanie alkoholu. Alkohol nie wpływa bezpośrednio na powstanie wrzodów żołądka i dwunastnicy ale poprzez swoje właściwości powoduje podrażnienie zakończeń nerwowych, w uszkodzonej ścianie żołądka i dwunastnicy potęguje dolegliwości bólowe związane z występowaniem wrzodów. Alkohol może również pogłębiać uszkodzenie śluzówki żołądka i dwunastnicy i prowadzić do wystąpienia powikłań.

Badania własne wykazały bardzo ciekawą korelację pomiędzy spożywaniem alkoholu, a wyższą jakością życia w sferze somatycznej. Osoby spożywające alkohol oceniły wyżej jakość swojego życia niż osoby niepijące. W dostępnej bibliografii nie znaleziono publikacji ujmujących badane zagadnienie.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że analiza uzyskanych danych ankietowych wykazała zależność subiektywnej oceny jakości życia nie tylko od wystąpienia choroby. Na jakość życia wpływ miała głównie sfera społeczna związana z takimi aspektami życia jak wsparcie społeczne, związki osobiste czy aktywność seksualna ale nie należy zapominać również o domenie fizycznej, która zależy od występowania objawów chorobowych, stosowanego leczenia, prawidłowego wypoczynku i snu.

Wnioski

1. Badani pacjenci bardziej zadowoleni byli z jakości swojego życia, niż ze stanu zdrowia.
2. Istniały różnice w ocenie poszczególnych dziedzin życia wśród badanych chorych. Ankietowani najwyżej ocenili dziedzinę relacji społecznych, natomiast najniżej sferę środowiskową.
3. Płeć osób z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy nie miała wpływu na ich ocenę jakości życia.

4. Wśród osób z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy ankietowani ze starszej grupy wiekowej (55-80 lat) wykazywali niższy poziom jakości życia w dziedzinie somatycznej niż chorzy w przedziale wiekowym 40-55 lat.
5. Wykształcenie ankietowanych pacjentów nie wpływało na subiektywną ocenę jakości życia w żadnej z analizowanych dziedzin.
6. Pacjenci pozostający w związkach wyżej oceniali jakość swojego życia w odniesieniu do domeny społecznej.
7. Osoby nieaktywne zawodowo wykazywały wyższą jakość życia w dziedzinie środowiskowej natomiast osoby pracujące w dziedzinie somatycznej.
8. Chorzy mieszkający z rodziną charakteryzowały się wyższym poziomem domeny społecznej od osób samotnych.
9. Ankietowani spożywający alkohol, wykazywali wyższy wynik na skali somatycznej od chorych niepijących.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Jakość życia pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy jest poddawana licznym analizom i badaniom. Zależnie od czynników socjodemograficznych oraz przebiegu choroby można skorelować wiele zależnych, które ukazują subiektywną ocenę jakości życia pacjentów. Badania te wykonuje się w celu podniesienia jakości opieki. Pielęgniarki czerpiąc wiedzę z badań tego typu mogą wdrożyć w plan opieki dodatkowe środki realizacji oraz objąć w pełni holistyczną opieką pacjenta.

Bibliografia/Bibliography:

1. Szmidt J., Kużdżał J. Podstawy chirurgii. Tom II. Medycyna Praktyczna. Kraków 2010; 39

2. Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna. Kraków 2012; 892.

3. WHOQOL. Group. The Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; 1403-1409.

4. Bączewska-Mazurkiewicz D., Rydzewska G. Choroba wrzodowa – nadal ważny problem w gastroenterologii. Nowa Klinika 2006. Gastroenterologia; 13; 11-12: 1104-1109.

5. Mokrowiecka A., Małecka-Panas E. Współpraca pacjenta w leczeniu chorób przewodu pokarmowego. Medycyna po Dyplomie 2008. 3: 22.

6. Greenberg N.J.,Blumberg R.S., Burakoff R. Gastroenterologia, hepatologia i endoskopia. Tom I. Lublin 2013; 187.

7. Schribel A., Reichert A., Roll S. et all Impact of pain on health – related quality of life in patient with inflammatory bowel disease. World J. Gastroenterol. 2010; Jul 7;16(25):3168-77.

8. Bączyk G., Karoń J., Krokowicz P. Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia osób z nieswoistym zapaleniem jelit leczonych na oddziale chirurgicznym. Przegląd Gastroenterologiczny 2011; 6 (3):173.

9. Lame I.E., Peters M.L., Vlaeyen J.S. et all. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain than with pain intensity. Eur J Pain 2005; 9: 15-24.

10. Banaszkiewicz Z., Szewczyk M., Cierzniakowska K., Jawień A. Jakość życia osób ze stomią jelitową. Współczesna Onkologia 2007; 11; 1: 22..

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **3(1)/2016**
ISSN 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.015

Dagmara Skowrońska[1], Aleksandra Rychlewska[1], Zuzanna Walasiewicz[1], Arkadiusz Wojciechowski[1], Joanna Jonatowska[1], Beata Haor[2]
[1] Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku
[2] Instytut Nauk o Zdrowiu PWSZ we Włocławku

Preferencje studentów kierunku pielęgniarstwo w zakresie zachowań zdrowotnych

Preferences of the Nursing Faculty Students in terms of Health Related Behaviour

Streszczenie
Wstęp. Zachowania zdrowotne determinują styl życia człowieka i w znacznym stopniu wpływają na stan zdrowia.
Cel. Celem pracy było poznanie i ocena zachowań zdrowotnych studentów kierunku pielęgniarstwo z uwzględnieniem wybranych uwarunkowań socjodemograficznych.
Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród studentów studiów pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego a narzędziem badawczym kwestionariusz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).
Wyniki. Respondenci najczęściej deklarowali preferowanie takich zachowań zdrowotnych jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego, ograniczanie palenia tytoniu, notowanie telefonów służb pogotowia. Niepokojącą sytuacją jest przeznaczanie zbyt małej ilości czasu na wypoczynek i dążenia do unikania przepracowania przez studentów.
Wnioski. Studenci kierunku pielęgniarstwo prezentują dobre postawy i preferencje w zakresie zachowań zdrowotnych. Płeć różnicowała wybrane zachowania zdrowotne badanych.

Abstract
Introduction. Health related behaviour determines the style of human life and significantly affects health .
Objective. The aim of the research was to investigate and evaluate health behavior patterns of students with consideration of selected socio-demographic preconditions.
Material and methods. The research was conducted among Bachelor degree nursing students. The diagnostic survey method was applied, while the Health Behavior Inventory served as a research tool.
Results. The respondents most often declared to give preference to such health behaviour as stable family life, social life, restrictions on smoking/the use of tobacco and writing down emergency services phone numbers. Still, the worrying situation is the fact of devoting too little time for resting, and the students' continuous efforts to avoid any overworking.
Conclusion. Nursing students have good attitudes and preferences in terms of health related behaviour. It was gender that differentiated respective health related behaviour patterns.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, studenci, pielęgniarstwo

Key words: health related behaviour, students, nursing

Wstęp

Zdrowie według Światowej Organizacji Zdrowia to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby [1]. Jako wartość odgrywa bardzo ważną rolę w życiu człowieka, wpływając na preferowany styl życia i zachowania zdrowotne. Koncepcja obszarów zdrowia została przedstawiona przez Marca Lalonde'a, który wyróżnił 4 grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności: obszar biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiskowy (do którego zalicza się czynniki ekonomiczne, społeczne, kulturowe i fizyczne) oraz obszar organizacji systemu ochrony zdrowia. Wymienione obszary znane są pod nazwą pól zdrowotnych Lalonde'a. Koncepcja ta została potwierdzona w 1948 roku w czterdziestoletnim programie badań nad czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Wyniki niniejszego badania pozwoliły również uszeregować pola zdrowotne Lalonde'a według wielkości ich wpływu na stan zdrowia [2]. Stylem życia nazywamy cechy charakterystyczne dla zachowania się jednostki lub zbiorowości (środowiska społecznego, kręgu towarzyskiego, grupy wiekowej, mieszkańców), ujawniający się zwłaszcza w życiu codziennym w postawach wobec pracy, sposobach spędzania wolnego czasu, konsumpcji, stroju, stosunkach międzyludzkich itp. [3]. Dotyczy on również kategorii sposobu życia ludzi. W odniesieniu do zdrowia publicznego styl życia oznacza te działania jednostek, które służą utrzymaniu i polepszaniu stanu swojego zdrowia i zapobiegania chorobom [4].

Standard kształcenia dla kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia) wskazuje, że w ramach efektów kształcenia absolwent jest przygotowany m. in. do charakteryzowania i różnicowania pojęć zdrowia i choroby, promocji zdrowia, profilaktyki, zachowań zdrowotnych, stylu życia. Potrafi także rozpoznawać uwarunkowania zachowań zdrowotnych jednostki i czynniki ryzyka chorób wynikających ze stylu życia oraz czynnie uczestniczyć w projektowaniu metod, form profilaktyki i prewencji chorób oraz kształtowaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych wobec różnych grup społecznych. Nabywa także umiejętności przygotowania odbiorcy usług pielęgniarskich do samokontroli stanu zdrowia i motywowania do zachowań prozdrowotnych [5]. W dobie transkulturowości koniecznym jest monitorowanie nie tylko stylu życia, ale i uwarunkowań wyborów zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne skupiają się na sposobie odżywiania, aktywności fizycznej, sposobie spędzania wolnego czasu, długości i jakości snu, uleganiu nałogom, narażeniu na zanieczyszczenia środowiska oraz dotyczą zachowań seksualnych. Najlepszą strategią poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa jest zatem promowanie i upowszechnianie prozdrowotnych zachowań w każdej dziedzinie życia ludzkiego. Zasadniczą kwestią pozostaje jednak preferowanie przez przedstawicieli systemu ochrony zdrowia takich zachowań w zakresie zdrowia, do których przestrzegania stymuluje się odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Celem badań prezentowanych w opracowaniu była analiza zachowań zdrowotnych prezentowanych przez studentów kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody

Badania o charakterze pilotażowym przeprowadzono wśród 49 studentów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej we Włocławku. Respondentami byli studenci pierwszego roku studiów na kierunku pielęgniarstwo (studia pierwszego stopnia). Metodami zastosowanymi w badaniu był sondaż diagnostyczny oraz metoda szacowania. Wykorzystano technikę ankietowania i skali szacunkowej. W badaniach posłużono się kwestionariuszem IZZ (Inwentarz Zachowań Zdrowotnych), zakupionym w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i uzupełnionym o metryczkę z danymi socjodemograficznymi respondentów. Kwestionariusz obejmował zagadnienia związane z zachowaniami zdrowotnymi

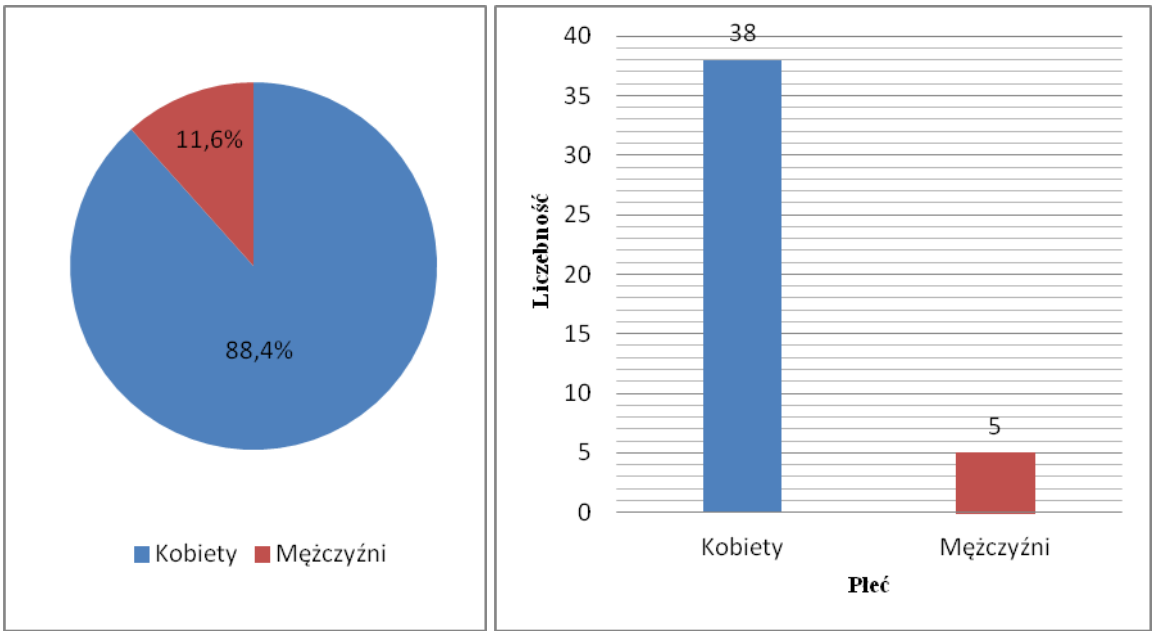
m.in. takimi jak: unikanie palenia tytoniu, przeziębień, jedzenie owoców i warzyw, spożywanie pełnoziarnistego pieczywa, preferowanie odpowiedniej ilości wypoczynku, snu, posiadanie przyjaciół, unikanie silnych emocji stresów [6].

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Opracowanie wyników badań z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego przebiegało w kliku etapach. W pierwszym nastąpiła weryfikacja zebranych ankiet pod kątem kompletności oraz właściwego wypełnienia kwestionariuszy. Następnie przeanalizowano grupę badanych osób na podstawie zmiennych socjodemograficznych. W kolejnym etapie w celu dokładniejszej analizy cech mających wpływ na zachowania prozdrowotne porównano informacje zabrane o respondentach z ich odpowiedziami udzielonymi w kwestionariuszu IZZ. Dane przedstawiono w postaci tabel i wykresów. Na tej podstawie dokonano analizy statystycznej z wykorzystaniem liczebności respondentów, udziału procentowego, sumarycznej liczby punktów i średniej liczby punktów udzielonych na dane pytanie z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych. Ostatnim etapem była analiza merytoryczna i interpretacja uzyskanych wyników.

Spośród rozprowadzonych 48 ankiet wyczerpujący materiał otrzymano od 43 osób. Z tego powodu do dalszych obliczeń wzięto pod uwagę tylko 43 kwestionariusze z kompletnymi odpowiedziami. Wskaźnik efektywności uzyskania danych wyniósł 89,6%.

W badaniach wzięło udział więcej kobiet (88,4% - 38 osób) niż mężczyzn (11,6% - 5 osób). Rozkład próby ze względu na płeć przedstawiono na rycinie 1.

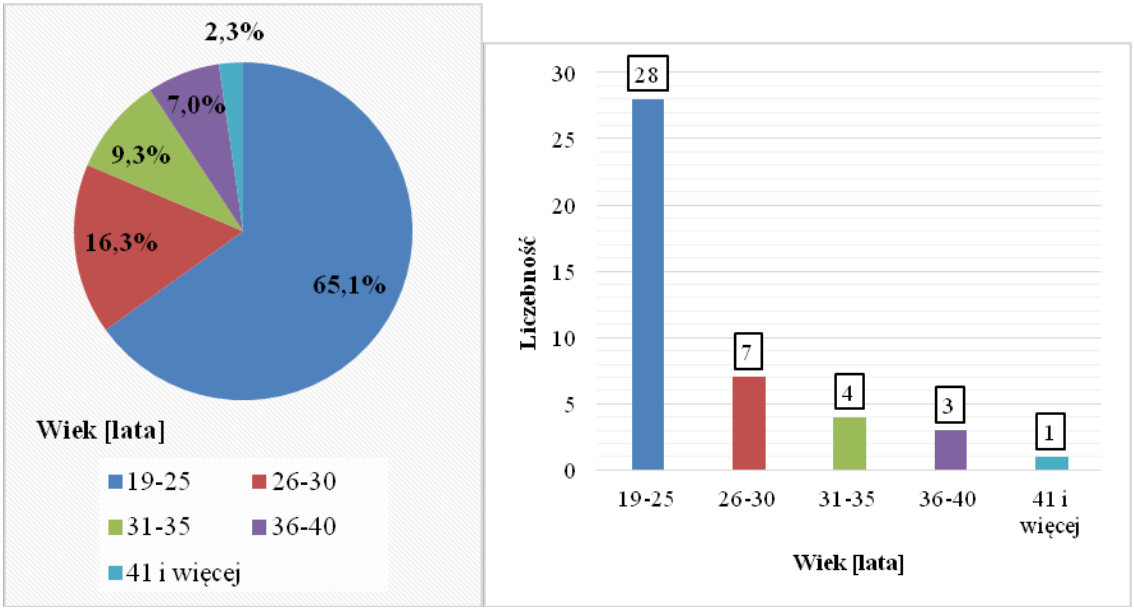
Rycina 1. Charakterystyka badanych ze względu na płeć.



Źródło: opracowanie własne

Respondenci zostali podzieleni na pięć przedziałów wiekowych: 19-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41 i więcej. W grupie badanych zdecydowaną większość stanowili studenci w przedziale wiekowym 19-25 lat (65,1%). Najmniejszą grupę tworzyli respondenci powyżej 41 roku życia (2,3%). Szczegółową charakterystykę badanych ze względu na wiek przedstawiono na rycinie 2.

Rycina 2. Charakterystyka badanych ze względu na wiek.



Źródło: opracowanie własne

Wyniki

Zaprezentowane w opracowaniu wyniki pochodzą z badań pilotażowych. Wskazują one na preferencje studentów w zakresie zachowań zdrowotnych, które kształtują obraz stylu życia. Tabela 1 przedstawia zbiorczą charakterystykę zachowań zdrowotnych studentów ze względu na płeć.

Tabela 1. Zachowania zdrowotne badanych ze względu na ich płeć.

Lp.	Pytanie	Sumaryczna l. pkt za pytanie	Średnia l. pkt za pytanie	Suma u kobiet	Średnia l. pkt za pytanie wśród kobiet	Suma u mężczyzn	Średnia l. pkt za pytanie wśród mężczyzn
1.	Jem dużo warzyw, owoców	166	3,86	148	3,89	18	3,60
2.	Unikam przeziębień	159	3,70	146	3,84	13	2,60
3.	Poważnie traktuję wskazówki osób	147	3,42	128	3,37	19	3,80
4.	Wystarczająco dużo odpoczywam	95	2,21	85	2,24	10	2,00
5.	Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier	128	2,98	117	3,08	11	2,20
6.	Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia	171	3,98	152	4,00	19	3,80
7.	Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	128	2,98	111	2,92	17	3,40

8.	Unikam przepracowania	99	2,30	87	2,29	12	2,40
9.	Dbam o prawidłowe odżywianie	155	3,60	137	3,61	18	3,60
10.	Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	168	3,91	149	3,92	19	3,80
11.	Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć	113	2,63	96	2,53	17	3,40
12.	Kontroluję swoją wagę ciała	127	2,95	109	2,87	18	3,60
13.	Unikam spożywania żywności z konserwantami	128	2,98	113	2,97	15	3,00
14.	Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	136	3,16	119	3,13	17	3,40
15.	Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	184	4,28	166	4,37	18	3,60
16.	Wystarczająco dużo śpię	100	2,33	91	2,39	9	1,80
17.	Unikam soli i silnie solonej żywności	135	3,14	122	3,21	13	2,60
18.	Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	144	3,35	124	3,26	20	4,00
19.	Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	122	2,84	107	2,82	15	3,00
20.	Ograniczam palenie tytoniu	179	4,16	165	4,34	14	2,80
21.	Jem pieczywo pełnoziarniste	150	3,49	131	3,45	19	3,80
22.	Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	161	3,74	143	3,76	18	3,60
23.	Myślę pozytywnie	144	3,35	125	3,29	19	3,80
24.	Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	124	2,88	113	2,97	11	2,20

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zaprezentowanych w tabeli 1 najwyższą liczbę punktów uzyskiwali respondenci potwierdzając preferowanie takich zachowań zdrowotnych jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (184 pkt - średnia liczba pkt - 4,28), ograniczanie palenia (179 pkt - średnia liczba pkt 4,16), notowanie telefonów służb pogotowia (171 pkt - średnia liczba pkt 3,98). Najniższą liczbę punktów studenci otrzymali za wdrażanie takich zachowań zdrowotnych jak: wystarczająco długie odpoczywanie (95 pkt - średnia liczba pkt 2,21), unikanie przepracowania (99 pkt - średnia liczba pkt 2,30).

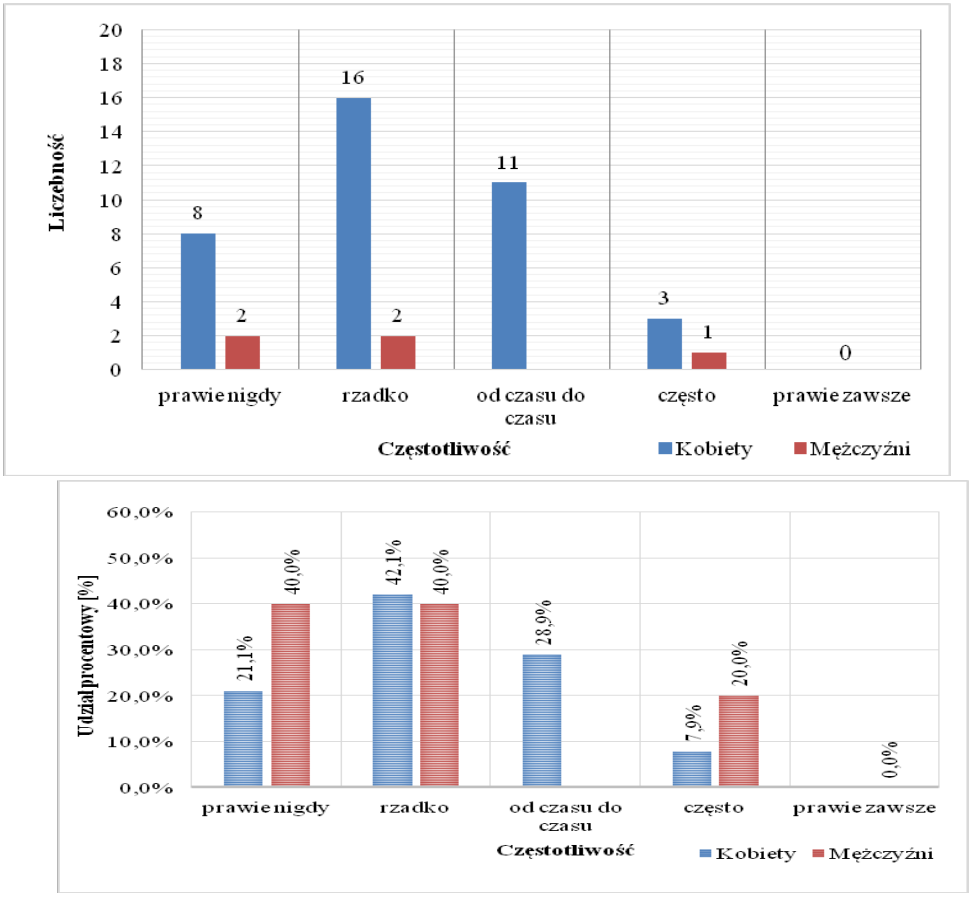
W grupie kobiet najwyższą średnią punktów uzyskiwały one za prezentowanie takich zachowań jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (4,37 pkt), ograniczanie palenia tytoniu (4,34 pkt), notowanie telefonów do służb pogotowia (4 pkt). Z kolei najniższą

średnią liczbę punktów respondentki otrzymywały za: wystarczająco długi wypoczynek (2,24 pkt) oraz unikanie przepracowania (2,29 pkt).

W grupie mężczyzn najwyższą średnią punktów studenci otrzymywali za próby dowiadywania się od innych osób jak unikać chorób (20 pkt - średnia liczba pkt. 4,00). Z kolei najniższą liczbę punktów mężczyźni uzyskiwali za wdrażanie takich zachowań jak: wystarczająco długi czas przeznaczony na sen (9 pkt - średnia liczba pkt 1,80), wystarczająco długie odpoczywanie (10 pkt - średnia liczba pkt 2,00).

Analizując preferencje badanych z uwzględnieniem ich płci w zakresie wystarczająco długiego okresu wypoczynku można zaobserwować, że zarówno kobiety i mężczyźni nie znajdują wystarczającej ilości czasu na odpoczynek (rycina 3).

Rycina 3. Preferowanie wystarczająco długiego okresu wypoczynku przez badanych z uwzględnieniem ich płci.

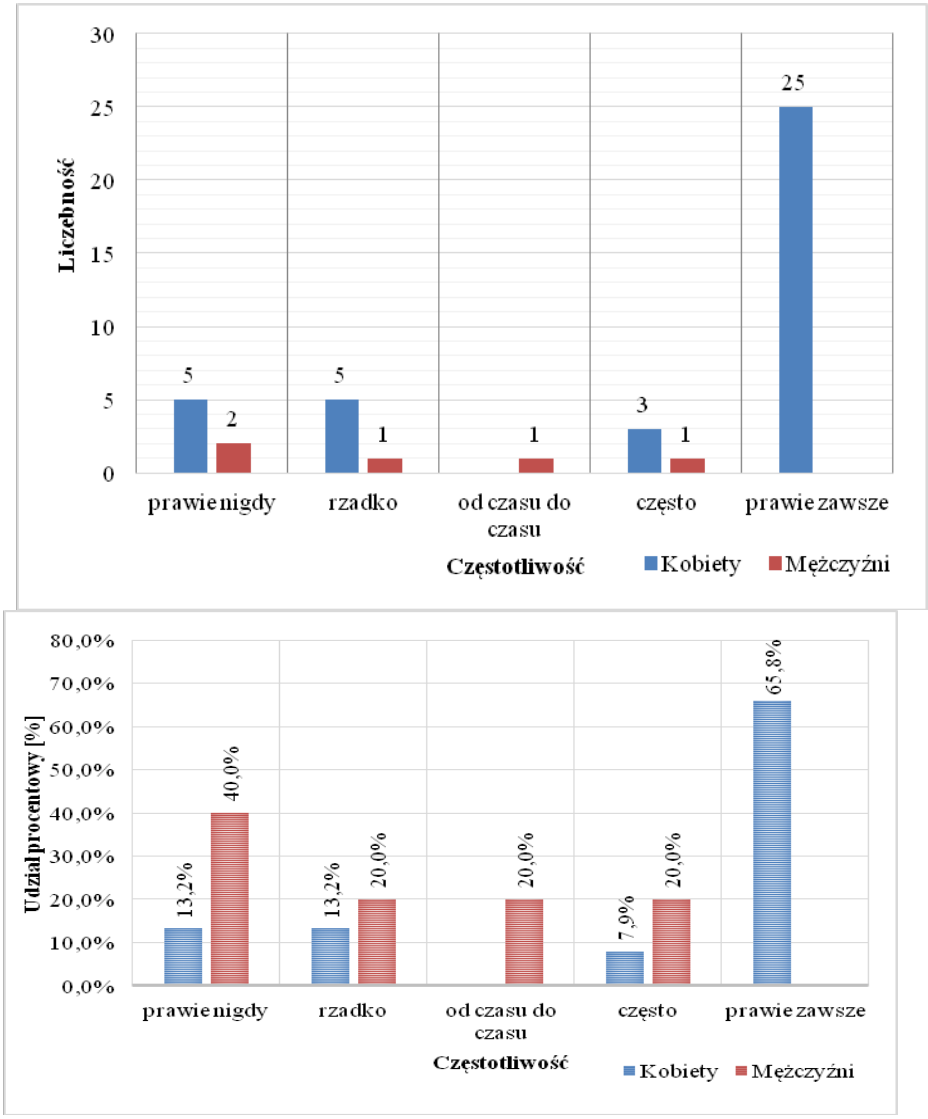


Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 3 nikt z respondentów niezależnie od płci nie wskazał, że prawie zawsze podejmuje takie działania. Rzadko wystarczająco długo odpoczywa większość kobiet (42,1% - 16 osób) i mężczyzn (40% - 2 osoby). Prawie nigdy nie podejmuje takiego działania 40% respondentów (2 osoby) i 21% respondentek (8 osób). Często znajduje czas na wypoczynek 20,0% mężczyzn (1 osoba) i 7,9% kobiet (3 osoby). Od czasu do czasu takie działania podejmują jedynie kobiety (28,9% - 11 osób).

Znajomość numerów telefonów służb ratowniczych pozwala na szybkie reagowanie w sytuacjach zagrożenia życia człowieka. W przypadku przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy jest to wręcz niezbędny zasób wiedzy. Rycina 4 prezentuje zachowania respondentów w powyższym zakresie.

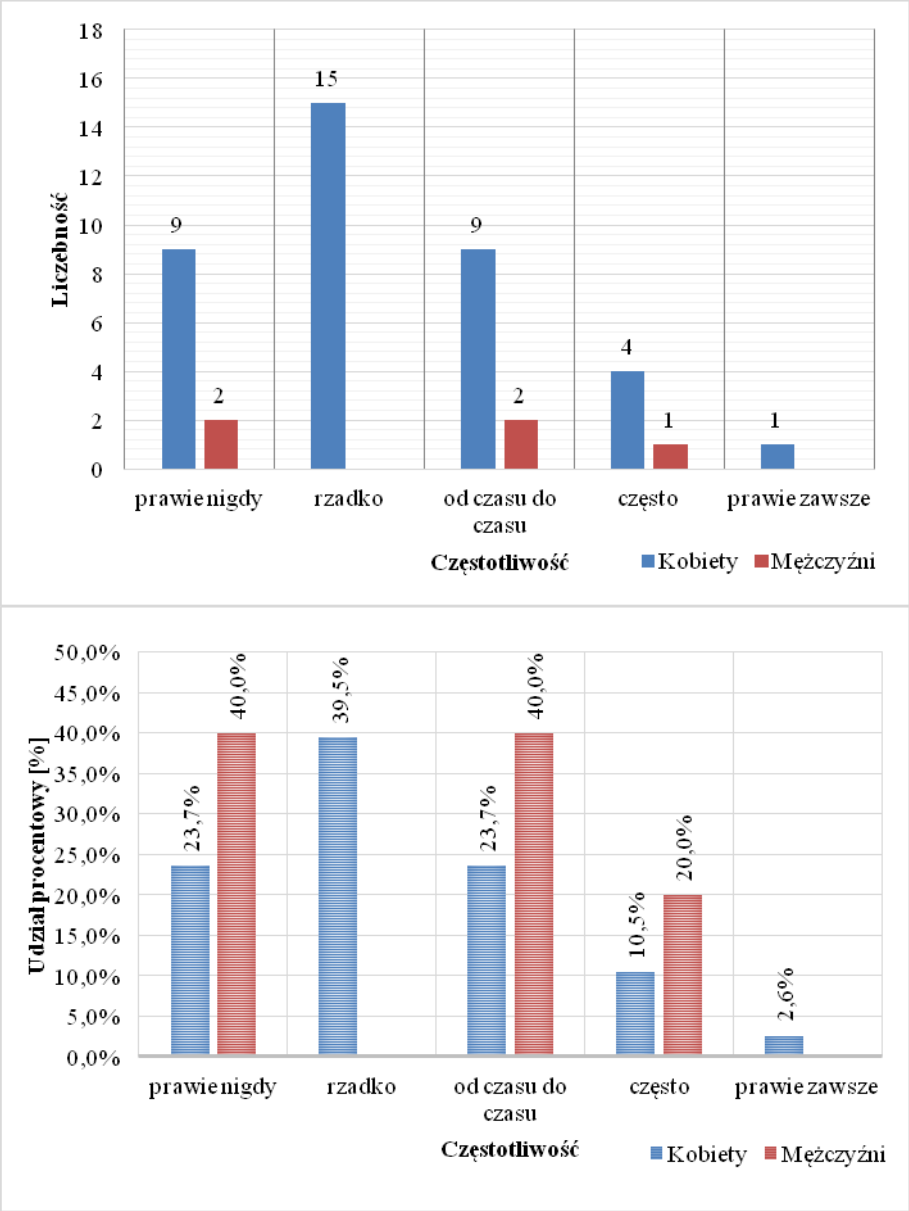
Rycina 4. Dysponowanie numerami telefonów służb ratowniczych przez badanych z uwzględnieniem ich płci.



Źródło: opracowanie własne

Z ryciny 4 wynika, że wyłącznie kobiety prawie zawsze deklarują posiadanie numerów telefonów służb ratunkowych (65,8% - 25 osób). Natomiast prawie nigdy w ich posiadaniu nie jest większość respondentów (40% - 2 osoby) i tylko 13,2% respondentek (5 osób). Rzadko takimi numerami dysponuje 20% mężczyzn (1 osoba) i 13,2% kobiet (5 osób). Od czasu do czasu posiada je tylko 20% mężczyzn (1 osoba). Natomiast częste dysponowanie nimi podaje 20% mężczyzn (1 osoba) i 7,9% kobiet (3 osoby).
Rycina 5 prezentuje preferencje badanych w z uwzględnieniem ich płci w zakresie unikania sytuacji przepracowania.

Rycina 5. Unikanie przepracowania przez badanych z uwzględnieniem ich płci.

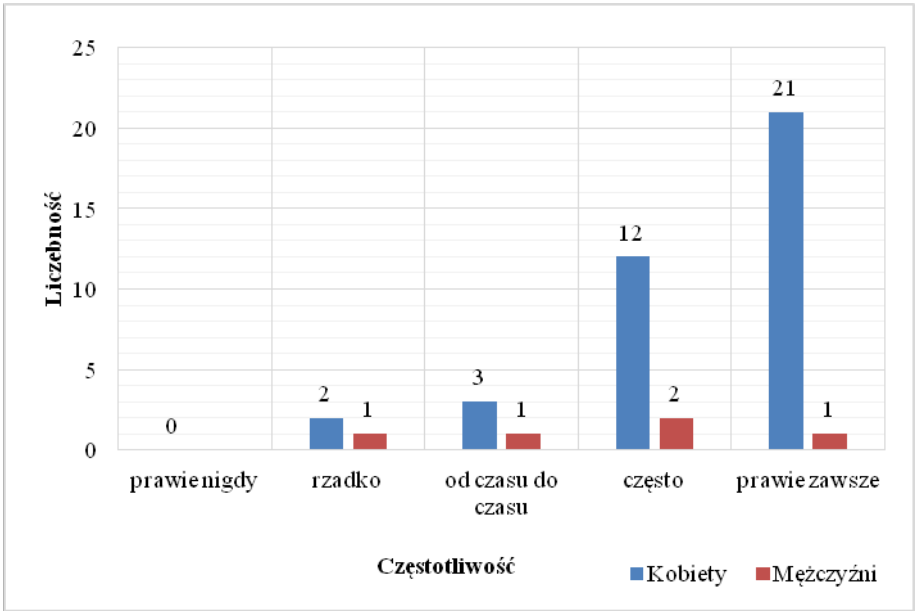


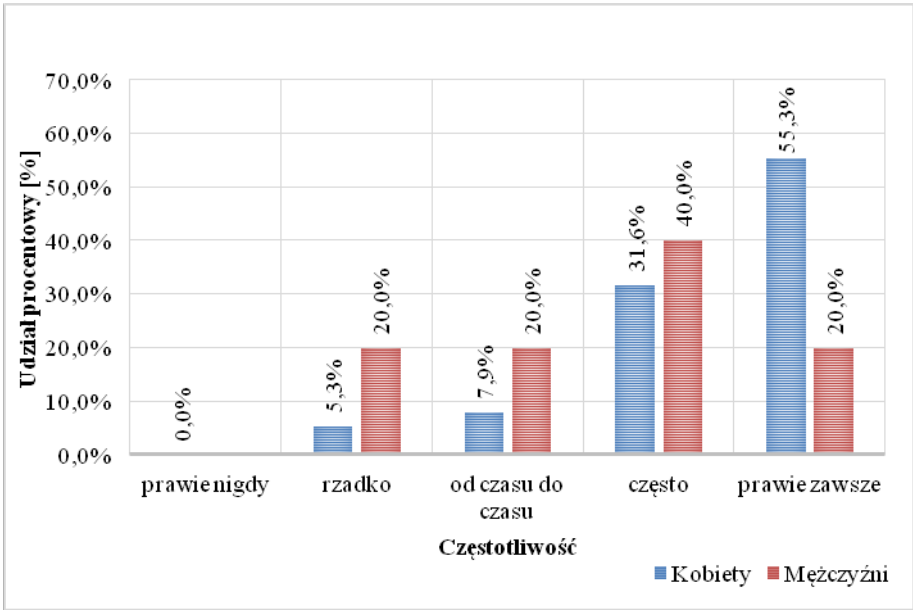
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 5 rzadko przepracowania udaje się uniknąć jedynie kobietom (39,5% -15 osób). Prawie nigdy taka sytuacja nie dotyczy większości respondentów (40% - 2 osoby) i 23% respondentek (9 osób). Większość mężczyzn (40% - 2 osoby) i 23,7% kobiet (9 osób) podaje, że jedynie od czasu do czasu udaje się im uniknąć przepracowania. Często powyższa sytuacja dotyczy 20% mężczyzn (1 osoba) i 10,5% kobiet (4 osoby). Prawie zawsze uniknąć przepracowania udaje się jedynie 1 respondentce (2,6%).

Rycina 6 prezentuje opinie respondentów z uwzględnieniem ich płci w zakresie posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego.

Rycina 6. Posiadanie przyjaciół i regularnego życia rodzinnego przez badanych ze względu na ich płeć.



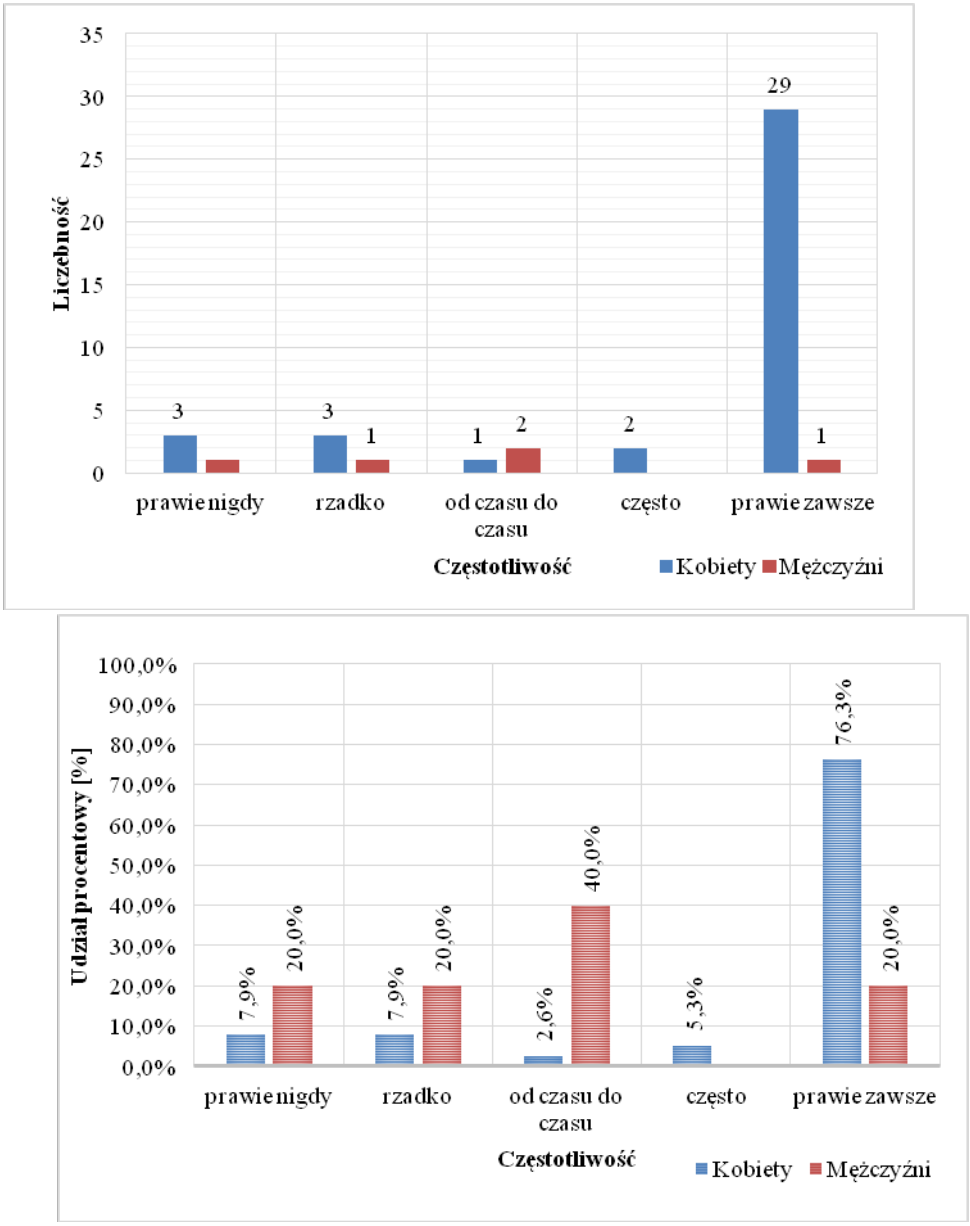


Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z ryciny 6 posiadanie przyjaciół i regularnego życia rodzinnego prawie zawsze deklaruje ponad połowa kobiet (55,3% - 21 osób) i 20% mężczyzn (1 osoba). Powyższą deklarację jako częstą podało 40% respondentów (2 osoby) i 31,6% respondentek (12 osób). Posiadanie przyjaciół i prowadzenie regularnego życia rodzinnego od czasu do czasu wskazało 20% mężczyzn (1 osoba) i 7,9% kobiet (3 osoby). Natomiast powyższe zachowanie jako rzadkie podało 20% mężczyzn (1 osoba) i 5,3% kobiet (2 osoby). Niezależnie od płci żaden z respondentów nie wskazał, że prawie nigdy nie prowadzi regularnego życia rodzinnego i nie posiada przyjaciół.

Rycina 7 przedstawia prezentuje opinie respondentów z podziałem na ich płeć w zakresie ograniczania palenia tytoniu.

Rycina 7. Ograniczanie palenia tytoniu przez badanych z uwzględnieniem ich płci.



Źródło: opracowanie własne

Prawie zawsze ogranicza palenie tytoniu większość respondentek (76,3% - 29 osób) i 20% respondentów (1 osoba). Od czasu do czasu takie działania podejmują częściej mężczyźni (40% - 2 osoby) niż kobiety (2,6% - 1 osoba). Rzadko lub prawie nigdy takiego zachowania nie prezentuje odpowiedno po 20% mężczyzn (po 1 osobie) i odpowiednio po 7,6% kobiet (po 3 osoby).

Dyskusja

Wyniki badań władnych z wykorzystaniem IZZ wskazują, że studenci kierunku pielęgniarstwo prezentują zróżnicowany poziom zachowań zdrowotnych, ale stosunkowo satysfakcjonujący. Jest to dobry prognostyk wskazujący na dobre preferencje w zakresie zdrowia osób, które w ramach działań zawodowych będą propagować zdrowy styl życia wśród

odbiorców świadczeń zdrowotnych [7]. Należy podkreślić, że zachowania prozdrowotne to bardzo aktualny trend, współcześnie szeroko propagowany przez profesjonalistów systemu ochrony zdrowia, ale także media; podkreślany w realizacji programów profilaktycznych i kampanii społecznych. Wpisany jest także w politykę zdrowotną państw.

Jak wynika z badań własnych respondenci najczęściej deklarowali preferowanie takich zachowań zdrowotnych jak: posiadanie przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego, ograniczanie palenia tytoniu, notowanie telefonów służb pogotowia. Niepokojącą sytuacją jest jednak przeznaczanie zbyt małej ilości czasu na wypoczynek i dążenia do unikania przepracowania. Szczególnie pozytywnym elementem stylu życia jest unikanie palenia tytoniu przez badanych. Świadczyć to może o świadomości konsekwencji i negatywnych skutków uzależnienia od tytoniu, który jest czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych [8].

Analizując wyniki badań własnych zaobserwowano, że przedstawiciele obu płci starają się w podobnym stopniu wdrażać praktyki zdrowotne. Jednakże zauważalne są różnice odpowiedziach na niektóre pytania zależne od płci respondentów, co potwierdził także Baumgart T. [9]. W badanej przez Suligę grupie studentów płeć również była tym czynnikiem, który najbardziej różnicował zachowania zdrowotne [10]. W projekcie HEPRO oraz w wynikach badań WOBASZ odnotowano częstsze spożywanie owoców i warzyw przez kobiety. Mężczyźni uzyskiwali niższe wyniki [11, 12].

Studenci kierunku pielęgniarstwo w trakcie studiów doskonalą swoje kompetencje w zakresie promowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Zasadnym jest, aby preferencje prozdrowotne dotyczyły w pierwszej kolejności ich samych, ale także rodziny i osób w najbliższym otoczeniu, jako swoistej sieci wsparcia społecznego. Zmiany preferowanych zachowań zdrowotnych są bowiem możliwe [13].

Wnioski

Przeprowadzone badania i analiza ich wyników pozwalają stwierdzić, że:

1. Studenci kierunku pielęgniarstwo prezentują dobre postawy i preferencje w zakresie zachowań zdrowotnych.
2. Płeć różnicowała wybrane zachowania zdrowotne badanych.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Prezentowanie przez studentów kierunku pielęgniarstwo prozdrowotnych wyborów w zakresie zdrowia i zachęcenie do zachowania takiego stanu akceptacji, umożliwi ich aktywne i wiarygodne włączenie się w kompleksowe działania interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych na rzecz zdrowia odbiorców świadczeń.

Bibliografia / Bibliography:

1. Kulik T., Latalski M. (red.). Zdrowie publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu akademii medycznych. Wyd. Czelej. Lublin 2002.

2. Wysocki M.J., Miller M. Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. Przegląd Epidemiologiczny. 2003; 57; 505-12.

3. Wojnowski J. Wielka Encyklopedia PWN. Wyd. PWN. Warszawa 2001.

4. Denys A. Zagrożenia zdrowia publicznego. Wyd. Wolters Kluwer. Kraków 2014.

5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. 2012 poz. 631).

6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2009.

7. Cymerys M., Andrzejewska M., Nowicki M., Kałos U., Klimczak M. Nawyki żywieniowe lekarzy oraz osób z wyższym wykształceniem niemedycznym - analiza porównawcza. Endokrynologia. Otyłość. 2009; 5(3); 141–142.

8. Rasińska R., Nowakowska I. Palenie tytoniu wśród studentów– porównanie badań własnych z literaturowymi. Przegląd Lekarski 2012; 69(10); 888–892.

9. Baumgart M. Zachowania zdrowotne studentów fizjoterapii. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(6); 211-224.

10. Suliga E. Zachowania zdrowotne studentów i uczniów. Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej. Kielce 2004.

11. Iwanowicz E. Raport o stanie zdrowia poznaniaków z badania ankietowego w ramach projektu HEPRO. Zbiór Narzędzi dla Profili Zdrowotnych. Wydawnictwo Miejskie. Poznań 2007.

12. Sygnowska E., Waśkiewicz A., Głuszek J. i wsp. Spożycie produktów spożywczych przez dorosłą populację Polski. Wyniki Programu WOBASZ. Kardiologia Polska. 2005; 63,IV: 6.

13. Binkowska-Bury M, Marć M, Januszewicz P. Wiedza o zdrowiu a zachowania ryzykowne w środowisku młodzieży akademickiej. Medycyna Ogólna. 2010; 16(XLV);1: 100-112.

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **3(1)/2016**
ISSN 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.016

Bożena Ostrowska[1], Karolina Szostek[1], Małgorzata Marcysiak [1]
[1] Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Postawy życiowe studentów pielęgniarstwa a ich stosunek do aborcji

Life Attitudes of Nursing Students and their Attitudes towards Abortion

Streszczenie

Wstęp. Problem aborcji, podobnie jak eutanazji oraz innych kontrowersyjnych dylematów etycznych naszych czasów, dzieli społeczeństwo niemal całego świata na jego zwolenników i przeciwników. Zadowalającego rozwiązania dla jednych, jak i dla drugich zapewne nigdy nikt nie znajdzie, ale nie zwalnia to ludzi od dyskusji i poszukiwania najlepszego w danym czasie rozwiązania.

Cel. Celem badań było poznanie postaw życiowych studentów pielęgniarstwa i ich wpływu na stosunek studentów do aborcji.

Materiał i metody. W celu uzyskania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, techniką było ankietowanie, zaś narzędziem autorski kwestionariusz ankiety. Do badania wykorzystano również standaryzowany kwestionariusz postaw życiowych, który składał się z 10 stwierdzeń. Badania przeprowadzono wśród 80 studentów kierunku pielęgniarstwa oraz 80 studentów kierunku ekonomii Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie. Ankietowanych scharakteryzowano pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania i aktywności religijnej.

Wyniki. Analiza materiału badawczego wykazała, że postawy życiowe studentów pielęgniarstwa i ekonomii częściowo wpływają na ich stosunek do aborcji. Z ogólnej liczby badanych studentów - 53% była przeciwnikami aborcji. Podobna liczba badanych miała neutralny stosunek do przerywania ciąży, natomiast ponad połowa - 55% nie opowiadała się za legalizacją aborcji w Polsce. Ponad połowa badanych studentów pielęgniarstwa i ekonomii - 61,2% uznała, że aborcja jest zabójstwem dokonanym na nienarodzonym dziecku, stwierdzeniu temu sprzeciwiło się - 13,1% badanych. Ze stwierdzeniem, iż życie rozpoczyna się w momencie poczęcia zgodziło się - 67% badanych, natomiast przeciwne zdanie miało tylko 10,4% badanych. Większość studentów - 67,5% uważa że zabieg przerwania ciąży jest pozbawieniem dziecka praw do życia. W zdecydowanej większości - 70,6% badani uważali, że aborcja powinna być dopuszczalna, gdy stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia matki/dziecka. Aż 66% badanych studentów uważa, że zabieg przerywania ciąży powinien być dopuszczalny w momencie, gdy istnieje ryzyko ciężkiego upośledzeni płodu lub nieuleczalnej choroby. Jednocześnie wyrażają oni swoje poparcie w 59,4% dla dopuszczalności aborcji w sytuacji, gdy powstała ona w wyniku czynu zabronionego. Osoby, które zadeklarowały swoją wiarę w 58,4% nie opowiadały się za legalizacją aborcji w Polsce, natomiast 9,1% osób nie deklarujących swojej wiary również wyraża taki stosunek. Ponad połowa studentów niewierzących - 63,7% opowiada się za legalizacją aborcji, natomiast 23,5% respondentów wierzących również prezentuje taką opinię. Kobiety częściej odnoszą się negatywnie do poparcia oraz legalizacji aborcji w Polsce niż mężczyźni.

Wnioski.

1. Istnieje rozbieżność pomiędzy deklarowanym światopoglądem a zachowaniem w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży w różnych sytuacjach.
2. Deklarowane poparcie dla aborcji w znacznym stopniu uzależnione jest od konkretnej, opisywanej sytuacji.
3. Religia pełni istotną funkcję jako wyznacznik praw moralnych i społecznych i przekłada się na deklarowane poglądy na temat problemów bioetycznych.
4. Istnieje konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na zagadnienia bioetyczne kształceniu studentów pielęgniarstwa.
5. Należy podjąć działania mające na celu uświadamianie młodych mężczyzn konsekwencji i skutków aborcji dla kobiety poprzez kampanie społeczne.
6. W kontynuacji badań warto uwzględnić szerszy zakres postaw życiowych niż tylko poczucie celowości.

Abstract

Introduction. The problem of abortion, as well as other controversial issues such as euthanasia and other ethical dilemmas of our times, divide the society of nearly the whole world into both the supporters or opponents. Any satisfactory solution will probably never be found but this does not absolve people from debating and searching for the best possible solution to be found in respective time.

Aim. This study has aimed to investigate life attitudes of nursing students and influence of these attitudes upon the students' stance on abortion.

Material and methods. For the purpose of obtaining respective researching material, a diagnostic survey method was applied; the technique was based on surveying with the self-prepared questionnaire as a tool. The study also used a standardized questionnaire of attitudes to life, which consisted of 10 statements. The study was conducted among 80 students of nursing faculty and 80 students of the faculty of economics at the State Higher Vocational School in Ciechanów. The respondents were characterized in accordance with the following categories: gender, age, place of residence and religious activity.

Results. The analysis of the research material indicated that students' attitudes (both nursing and economy faculty students) partially affect their attitude to abortion. 53% of the total number of students surveyed were opposed to abortion. A similar number of respondents had a neutral attitude to abortion, while 55% which is more than half were not in favour of abortion being legalized in Poland. 61.2% which was more than half of the students surveyed (both nursing and economy) felt that abortion was a murder committed upon the unborn child. The opposite statement was shared by 13.1% of respondents. 67% of the respondents agreed with the statement that life begins at conception, while the opposite view was shared by only 10.4% of the respondents. 67,5% of the total number of students think that abortion is nothing else but depriving the child of the right to live. The overwhelming majority of 70.6% respondents believed that abortion should be allowed when it is a threat to the mother's or a child's health or life. As many as 66% of students believe that the procedure of abortion should be permitted when there is a risk of severe damage to the foetus or an incurable disease. At the same time 59.4% of the respondents expressed their support for abortion when it was a result of a criminal offense. Those who declared their religious faith and opposed the idea of legalizing abortion in Poland amounted to 58.4%, as well as 9.1% of respondents not declaring their religious faith also expressed this attitude of not supporting abortion legalization. More than a half of non-religious students i.e. 63.7% were in favour of the abortion legalization, which was also the outlook of 23.5% of the religious respondents. Women more often than men refer negatively to the idea of supporting legalization of abortion in Poland.

Conclusions

1. There is a discrepancy between the declared outlook and behaviour in terms of permissibility of pregnancy terminationin different situations.
2. The declared support for abortion significantly depends upon the particular situation.
3. Religion plays an important role as a factor of moral and social rights, which in consequence affects the declared views upon the bioethical issues.
4. There is a need to pay special attention to the issues of bioethics in the education of nursing students.

5. Different measures such as social campaigns should be taken to raise awareness of young men on what the consequences of abortion for a woman are.
6. Further research should include a wider range of life attitudes than just a sense of purpose.

Słowa kluczowe: aborcja, studenci pielęgniarstwa, postawy życiowe, stosunek do aborcji

Keywords: abortion, nursing students, life attitudes, attitudes to abortion

Wstęp

Problemy natury medycznej, psychologicznej i społecznej związane z przerwaniem ciąży towarzyszą ludziom od zarania ludzkości. Już w zbiorze pism Hipokratesa, którego uważa się za ojca medycyny racjonalnej, znajduje się przysięga lekarska dotycząca zakazu przerywania ciąży, która brzmi następująco „żadnej kobiecie nie podam środka do spędzenia płodu" [1]. W Polsce w XVII wieku kobietom, które dokonały aktu przerwania ciąży groziła kara śmierci. Natomiast w okresie Królestwa Polskiego aborcja wykonana przez kobietę lub ojca dziecka była traktowana jako występek, i podlegała karze zamknięcia w domu na okres od 1 do 3 lat [2].

W okresie przypadającym na lata 1932 - 1956 wprowadzono prawny zakaz przerywania ciąży [3]. Pierwotnie obowiązujący projekt Kodeksu Karnego przewidywał karę dla kobiet, które podjęły się zabiegu aborcji a także dla osób, które go wykonały. Kara ta dla obydwu stron wynosiła do 5 lat pozbawienia wolności. Projekt ten był bardzo krytykowany przez prawników i lekarzy, dlatego dodano artykuł, który stanowił o bezkarności lekarza w sytuacji kiedy ciąża zagrażałaby życiu lub zdrowiu ciężarnej kobiety, jak również dobru jej rodziny. Ostateczna wersja projektu Kodeksu Karnego dopuszczała dokonanie przerwania ciąży w momencie, gdy kobieta znalazłaby się w ciężkiej sytuacji materialnej [3]. W 1956 r. rząd polski podjął decyzję legalizacji aborcji ze względów medycznych oraz społecznych [4]. 27 kwietnia 1956 r. Sejm uchwalił ustawę dotyczącą warunków dopuszczalności przerwania ciąży do 12 tygodnia w następujących sytuacjach:
- gdy ciąża jest skutkiem przestępstwa,
- gdy kobieta nie posiada środków materialnych niezbędnych do życia,
- ze wskazań lekarskich [5].

Trzy lata później Ministerstwo Zdrowia wydało kolejne rozporządzenie, które jeszcze bardziej umożliwiło dokonywanie przerywania ciąży, dając kobiecie możliwość ustnego oświadczenia, określającego jej trudną sytuację materialną, co stanowiło podstawę do wykonania aborcji [6].

W 1993 r. nastąpiła długo oczekiwana prawna ochrona ludzkiego życia w okresie płodowym. Kwestię dotyczącą aborcji reguluje ustawa z 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży [3]. Jak sama nazwa wskazuje głównym zadaniem ustawy z 1993 r. jest ochrona życia, a prawo do niego posiada każdy człowiek już od momentu poczęcia [7]. Dopuszcza ona możliwość przerwania ciąży tylko w następujących sytuacjach:
- jeżeli ciąża stanowi zagrożenie życia lub zdrowia ciężarnej kobiety,
- jeżeli po przeprowadzeniu badań prenatalnych lub innych przesłanek medycznych, które wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego oraz nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby, która zagraża jego życiu,
- jeżeli istnieje uzasadnione podejrzenie iż ciąża powstała w wyniku przestępstwa.

Aktem prawnym, który reguluje wykonywanie zabiegu przerwania ciąży jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 stycznia 1997 r. dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy, którzy są uprawnieni do dokonania przerwania ciąży a także

stwierdzenia iż ciąża zagraża życiu lub zdrowiu kobiety ciężarnej lub wskazuje na prawdopodobieństwo ciężkiego orz nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu (Dz. U. 1997, Nr 9, poz. 49). Rozporządzenie z dnia 13 lutego 1997 roku w sprawie kwalifikacji osób innych niż lekarz, które są uprawnione do przeprowadzenia konsultacji z ciężarną kobietą, która planuje dokonać aborcji, określa zasady tworzenia list osób konsultujących a także sposobu oraz tryb przeprowadzenia tych konsultacji (Dz. U. 1997, Nr 18, poz. 104). Listę osób uprawnionych do komunikowania się z ciężarną kobietą, która chce dokonać zabiegu przerwania ciąży tworzy wojewoda [8].

Aborcja (łac. abortus) to zabieg mający na celu przerwanie ciąży, ludzkiego życia w okresie płodowym (wewnątrzmacicznym) [9]. Określana jest też jako „sztuczne poronienie", „skrobanka". Przerwanie ciąży to działanie celowe i zamierzone, mające na celu zniszczenie ludzkiego życia [10]. Podczas wykonywania zabiegu aborcji podejmowane są działania, które mają na celu zakłócić prawidłowy przebieg ciąży, co w konsekwencji prowadzi do śmierci poczętego zarodka lub płodu [11].

Istnieje wiele metod dokonywania zabiegu aborcji. Wyróżnia się główne dwie kategorie przerwania ciąży: chirurgiczne i farmakologiczne. W czasie aborcji chirurgicznej zawartość macicy, w której rozwija się zarodek zostaje usunięta. Przy zastosowaniu chirurgicznego usunięcia ciąży metoda postępowania zależna jest od stopnia zaawansowania ciąży, kwalifikacji osoby przeprowadzającej zabieg, preferowanego podejścia w lokalnym środowisku medycznym, a także od dostępności sprzętu medycznego. Do metod farmakologicznych zaliczamy stosowanie pigułki Mifepriston (RU 486), podawanej doustnie w dawce 600 mg [12]. Po zastosowaniu tej metody u niewielkiego odsetka kobiet, konieczne jest opróżnienie zawartości macicy z pozostałych resztek łożyska oraz płodu. Aborcję farmakologiczną stosuje się od momentu rozpoznania ciąży, ale nie później niż do 9 tygodnia ciąży [11]. W Polsce nie zarejestrowano jeszcze środków służących do aborcji farmakologicznej, jednak statystyki wskazują na to iż są one w Polsce osiągalne nielegalnie w tzw. „podziemiu aborcyjnym"[13].

Wśród młodych kobiet, czynnikami wpływającymi na podjęcie decyzji o przerwaniu ciąży jest lęk przed napiętnowaniem społeczeństwa, a także wstyd, który wiąże się z niechcianą ciążą. Dziewczęta, które nieplanowo zaszły w ciążę boją się odrzucenia rodziców i partnera, obawiają się również wydalenia ze szkoły. Często na podjęcie trudnej decyzji wpływają sami rodzice, sugerując przerwanie ciąży jako sposobu rozwiązania niewygodnej sytuacji [14]. Specjaliści zaznaczają, że na podjęcie decyzji o usunięciu płodu istotny wpływ mają postawy wobec samej aborcji, małżeństwa i współżycia seksualnego, które są następstwem oddziaływań rodzinnych i społecznych. Dlatego tak istotne jest wprowadzanie edukacji zdrowotnej do szkół, polityki prorodzinnej, wspierającej więź i komunikację pomiędzy członkami rodziny, a młodą kobietą zapewniając jej odpowiednią ochronę . Jest to bardzo ważne dla dorastającej młodzieży, której przeżycia życiowe i zdolności poznawcze są jeszcze niewystarczająco ukształtowane [15].

Celem badań było poznanie postaw życiowych studentów pielęgniarstwa i ich wpływu na stosunek studentów do aborcji.

Materiał i metody

W celu zebrania materiału badawczego zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Analizie poddano 180wypełnionych ankiet. W pracy zastosowano celowy dobór grupy. Badania przeprowadzono na terenie dwóch Wydziałów Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie: na Wydziale Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych, kierunku pielęgniarstwo, gdzie studenci stanowili grupę badawczą i na Wydziale Inżynierii i Ekonomii,

kierunku ekonomia, gdzie studenci stanowili grupę kontrolną. Ankietowanych scharakteryzowano pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania i aktywności religijnej.

W badaniu udział wzięło ogółem 160 studentów. Grupa charakteryzowała się równomiernym rozkładem, jeśli chodzi o płeć: 80 kobiet (50%) oraz 80 mężczyzn (50%). Kierunek pielęgniarstwo reprezentowany był przez 80 studentów gdzie (50%) stanowiły kobiety i (50%) stanowili mężczyźni, identyczny stosunek studentów odnotowano na kierunku ekonomia. Zdecydowana większość ankietowanych studentów była w przedziale wiekowym od 19 do 25 roku życia i stanowili oni (95,6%), niewielką grupę stanowili respondenci w wieku od 26 i powyżej 4,4 %.Większość respondentów – 60,6% to mieszkańcy wsi, natomiast 39,4% studentów mieszka w mieście do 100 tysięcy mieszkańców, 5% respondentów to mieszkańcy miasta powyżej 100 tysięcy mieszkańców. Zdecydowana większość respondentów (93,1 %) to osoby deklarujące się jako wierzące, natomiast osoby niewierzące to jedynie 6,9 % spośród wszystkich ankietowanych. Ankietowani studenci – 48,1 % uważają, że wyznanie, przekłada się na poglądy i decyzje podejmowane w życiu codziennym, zdecydowanie inne zdanie posiada 26, 2% studentów, natomiast 25, 7 % studentów nie posiada zdania na ten temat.

Wyniki

Opinie badanych na temat aborcji i jej legalizacji

Wyniki, które otrzymano poddano analizie ilościowej w celu określenia ogólnego poziomu stosunku do aborcji i postaw życiowych. Średni wynik wyniósł 29 przy odchyleniu standardowym SD=8,2. Aby stwierdzić czy badani respondenci są zwolennikami, przeciwnikami lub mają neutralny stosunek określony został próg punktów, który wskazywał na stosunek do aborcji. Respondent maksymalnie mógł uzyskać 50 punktów w toku wypełnienia pierwszej części ankiety. Ustalono następujące zależności: liczba punktów do 25 wskazywała na przeciwnika aborcji, liczba od 26 do 35 stosunek neutralny, natomiast powyżej 35 punktów respondent był zwolennikiem aborcji. W 3 pytaniach zastosowano odwrócenie skali, gdzie 1 oznaczało 5 natomiast 5 oznaczało 1. Były to następujące stwierdzenia: aborcja jest zabójstwem dokonanym na nienarodzonym człowieku, życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia oraz aborcja jest pozbawieniem prawa dziecka do życia.

Wśród 160 studentów 52 osoby (32,5%) były przeciwnikami aborcji, 68 studentów (42,5%) miało neutralny stosunek, natomiast 40 studentów obu kierunków (25%) było zwolennikami aborcji. Większość ankietowanych 55% opowiedziała się przeciwko legalizacji aborcji, za legalizacją aborcji opowiedziało się 26,2%, natomiast 18,8 % nie posiada zdania na ten temat. Spośród badanej grupy studentów 61,2% zdecydowanie lub raczej zgodziła się ze stwierdzeniem, że aborcja jest zabójstwem dokonanym na nienarodzonym dziecku. 25,5 % ankietowanych studentów zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Odpowiedzi ani się zgadzam ani się nie zgadzam udzieliło 13,1% respondentów. Zdecydowana większość badanych studentów 67 % zgodziła się z ze stwierdzeniem, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia. Odpowiedzi ani się zgadzam ani się nie zgadzam udzieliło 13,8% respondentów. Natomiast 10,4 % ankietowanych badanej grupy zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Analiza wyników opinii studentów, że aborcja jest pozbawieniem prawa dziecka do życia wykazała, że zdecydowana większość 67,5% badanych zdecydowanie lub raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem. 13,1% studentów kierunku pielęgniarstwa i ekonomii ani się zgadza ani się nie zgadza z tym stwierdzeniem , natomiast zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z tym stwierdzeniem 19,4% badanych studentów kierunku pielęgniarstwa i ekonomii. Analiza wyników badań dotyczących opinii studentów

dotyczących stwierdzenia, że zarodek to nie człowiek ale zygota wykazała, że ponad połowa respondentów - 52,5% zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z powyższym stwierdzeniem. Zdecydowanie lub raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem 23,1% badanych studentów pielęgniarstwa i ekonomii, natomiast 24,4% studentów pielęgniarstwa i studentów ekonomii ani się zgadza ani się nie zgadza z tym stwierdzeniem.

Stwierdza się wysoki procent dopuszczalności aborcji w opinii studentów w momencie kiedy stanowi ona zagrożenie dla zdrowia lub życia matki. 61 osób zdecydowanie zgadza się z dopuszczalnością przerwania ciąży, gdy jest ona zagrożeniem dla zdrowia i życia matki oraz 52 osoby raczej zgadzają się z tym stwierdzeniem. Podobny rozkład odpowiedzi w opinii respondentów dotyczył dopuszczalności aborcji, gdy istnieje możliwość upośledzenia płodu oraz gdy powstała ona w momencie dokonania czynu zabronionego na kobiecie. 94 respondentów zdecydowanie lub raczej zgadza się z dopuszczalnością aborcji, gdy stanowi ona upośledzenie płodu, natomiast 95 badanych zdecydowanie lub raczej zgadza się, aby zabieg przerwania ciąży był dopuszczalny w momencie, gdy powstał w wyniku np. gwałtu.

Wyznanie studentów a stosunek wobec aborcji

Wyznanie studentów wpływa istotnie na wyniki w skali stosunku do aborcji. Średni wynik osób deklarujących wyznawaną wiarę wynosi 28,31 przy odchyleniu standardowym 7,85 natomiast średni wynik osób niewierzących wyniósł 39,36 przy odchyleniu standardowym 5,35. Różnice nie są istotne statystycznie ($p<0,05$).

Tabela 1. Wyznawana wiara a stosunek do aborcji.

	Osoby wierzące	Osoby niewierzące	t	p
Stosunek do aborcji	28,31	39,66	4,581	0,000

df=158, $p<0,05$

Źródło: wyniki badań własnych

Większość respondentów deklarujących wiarę 58,4% zdecydowanie lub raczej nie opowiadała się za legalizacją aborcji, natomiast wśród niewierzących respondentów zaledwie 9,1% badanych nie opowiadała się za legalizacją aborcji w Polsce. Ani się zgadza ani się nie zgadza na legalizację aborcji 21,5% ankietowanych wierzących i 27,3% ankietowanych niewierzących. Zdecydowanie lub raczej za legalizacją aborcji opowiada się 23,5% wierzących oraz ponad połowa niewierzących – 63,7%.

Tabela 2. Wyznawana wiara a legalizacja aborcji w opinii ankietowanych.

	Zdecydowa-nie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

Respondenci wierzący	55	36,9%	32	21,5%	27	18,1%	23	15,4%	12	8,1%
Respondenci niewierzący	1	9,1%	0	0	3	27,3%	4	36,4%	3	27,3%

Źródło: wyniki badań własnych

Analiza wyników badań dotyczących opinii studentów, że aborcja jest pozbawieniem prawa dziecka do życia wykazała, że zdecydowana większość 71,8% respondentów wierzących zdecydowanie lub raczej zgadza się z tym stwierdzeniem, natomiast tylko 9,1% respondentów niewierzących zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Z powyższym stwierdzeniem ani się zgadza ani się nie zgadza 10,1% studentów wierzących i 54,5% studentów niewierzących. Zdecydowanie lub raczej nie zgadza się 18,1% badanych deklarujących wiarę oraz 36,4% respondentów nie deklarujących swojej wiary.

Tabela 3. Wyznawana wiara a aborcja jako pozbawienie praw do życia dziecka.

	Zdecydowanie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Respondenci wierzący	13	8,7%	14	9,4%	15	10,1%	32	21,5%	75	50,3%
Respondenci niewierzący	4	36,4%	0	0	6	54,5%	1	9,1%	0	0

Źródło: wyniki badań własnych

Postawy życiowe badanych studentów

Badani respondenci uzyskali stosunkowo wysokie wyniki w skali postaw życiowych (poczucia celowości) tzn., że charakteryzowali się wysokim poziomem postrzegania swojej wolności do podejmowania wszelkich życiowych decyzji i posiadali wysoką odpowiedzialność za decyzje, które podejmowali w życiu. Maksymalna ilość punktów, którą respondenci mogli otrzymać po wypełnieniu Kwestionariusza Postaw Życiowych (dalej: KPŻ) wynosił 56 punktów. W skali postaw życiowych studenci pielęgniarstwa uzyskali średni wynik 45,21 przy odchyleniu

standardowym 6,98, natomiast studenci ekonomii uzyskali średni wynik 46,00 przy odchyleniu standardowym 6,77.

Tabela 4. Postawy życiowe a kierunek studiów.

	Pielęgniarstwo	Ekonomia	t	P
Postawy życiowe	45,21	46,00	-0,727	0,470

df=158, p<0,05
Źródło: wyniki badań własnych

Zarówno studenci pielęgniarstwa i ekonomii uzyskali najwyższe wyniki w KPŻ w następujących stwierdzeniach: możliwość kierowania moim własnym życiem uważam za bardzo ważną, ja sam decyduję o tym co dzieje się w moim życiu, moje życie jest w moich rękach i mam nad nim kontrolę, przyjmuję osobistą odpowiedzialność za decyzje, które podejmuję w swoim życiu. Powyższe postawy życiowe istotnie wpływają na stosunek respondentów do aborcji.

Zdecydowana większość respondentów 86,2% twierdzi, że możliwość kierowania własnym życiem uważa za bardzo ważną. Odpowiedzi, że raczej jest to prawda udzieliło 7,5% badanych studentów. Nie ma zdania na ten temat 1,9%. Odpowiedzi, że raczej jest to nieprawda udzieliło 0,6% respondentów, natomiast 3,8% badanych studentów całkowicie nie zgodziła się z powyższym stwierdzeniem.

Tabela 5. Możliwość kierowania własnym życiem.

	Całkowicie nieprawda		Raczej nieprawda		Nie mam zdania		Raczej prawda		Całkowicie prawda	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Respondenci	6	3,8%	1	0,6%	3	1,9%	12	7,5%	138	86,2%

Źródło: wyniki badań własnych

Analiza materiału badawczego wykazała, że 60% ankietowanych studentów pielęgniarstwa i ekonomi sama decyduje o tym, co dzieje się w ich życiu. 25% badanych studentów w odniesieniu do zadanego pytania stwierdziła, że jest to raczej prawda. Zdania na ten temat nie posiada 4,4% przebadanych respondentów. Odpowiedzi, że jest to raczej nieprawda udzieliło 7,5% studentów, natomiast 3,1% ankietowanych studentów zdeklarowało, że to stwierdzenie nie odnosi się do nich.

Tabela 6. Samodzielność w podejmowaniu decyzji.

	Całkowicie nieprawda		Raczej nieprawda		Nie mam zdania		Raczej prawda		Całkowicie prawda	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Respondenci	5	3,1%	12	7,5%	7	4,4%	40	25%	96	60%

Źródło: wyniki badań własnych

Kierunek studiów a poglądy i postawy życiowe studentów wobec aborcji

Kierunek studiów nie wpływa istotnie na wyniki respondentów w skali stosunku do aborcji. Średni wynik studentów pielęgniarstwa wyniósł 29,15 przy odchyleniu standardowym 8,41, natomiast średni wynik badanych studentów ekonomii wyniósł 29,00 przy odchyleniu standardowym 8,01. Różnice nie są istotne statystycznie ($p>0,05$).

Kierunek studiów nie wpływa istotnie na wyniki respondentów w skali postaw życiowych. Średni wynik studentów pielęgniarstwa wyniósł 45,21 przy odchyleniu standardowym 6,98, natomiast średni wynik badanych studentów ekonomii wyniósł 46,00 przy odchyleniu standardowym 6,77. Różnice nie są istotne statystycznie ($p>0,05$).

Tabela 7. Stosunek do aborcji i postawy życiowe a kierunek studiów.

	Pielęgniarstwo	Ekonomia	t	p
Stosunek do aborcji	29,15	29,00	0,115	0,908
Postawy życiowe	45,21	46,00	-0,727	0,470

df=158, $p<0,05$
Źródło: wyniki badań własnych

Ponad połowa – 65% badanych studentów pielęgniarstwa oraz 58,75% studentów ekonomii zdecydowanie lub raczej zgodziła się, że aborcja jest zabójstwem dokonanym na nienarodzonym dziecku. Odpowiedzi, że ani się zgadzam ani się nie zgadzam udzieliło 12,5% respondentów pielęgniarstwa i 13,75% studentów ekonomii. Natomiast zdecydowanie lub raczej nie zgodziło się 23,75% badanych studentów pielęgniarstwa i 27,5% studentów ekonomii.

Tabela 8. Aborcja jako zabójstwo na nienarodzonym dziecku w opinii studentów pielęgniarstwa i ekonomii

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Raczej się zgadzam	Zdecydowanie się zgadzam

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kierunek pielęgniarstwo	12	15%	7	8,75%	10	12,5%	16	20%	36	45%
Kierunek ekonomia	12	15%	10	12,5%	11	15%	13	16,25%	34	42.5%

Źródło: wyniki badań własnych

Zdecydowana większość studentów pielęgniarstwa bo aż 76,25% oraz studentów ekonomii 67,5% zdecydowanie lub raczej zgadza się ze stwierdzeniem, że aborcja jest procesem usunięcia niechcianego płodu. Odpowiedzi, że ani się zgadzam ani się nie zgadzam udzieliło 7,5% respondentów pielęgniarstwa i 12,5% studentów ekonomii. Natomiast zdecydowanie lub raczej nie zgodziło się z tym stwierdzeniem - 16,25% badanych studentów pielęgniarstwa i 20% studentów ekonomii.

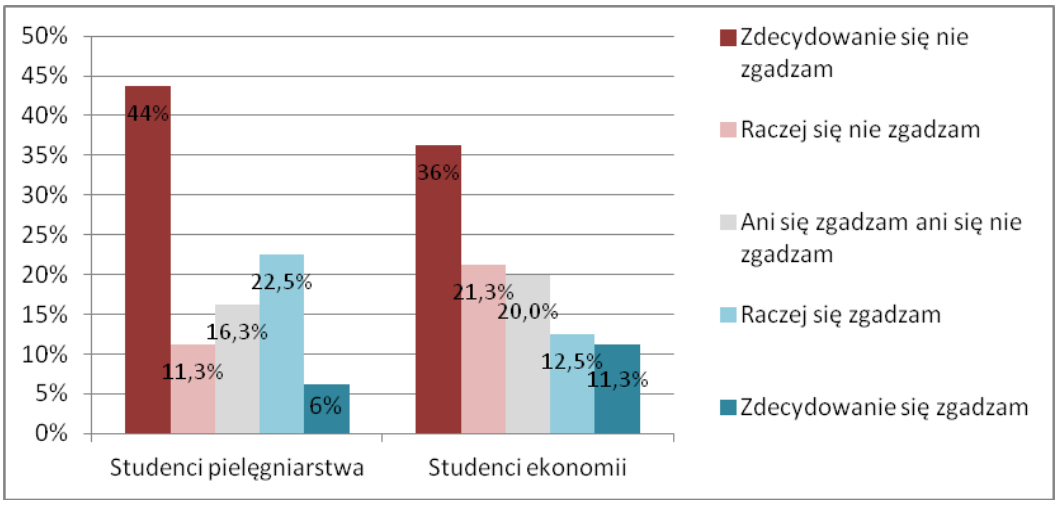
Tabela 9. Aborcja jako proces usunięcia niechcianego płodu w opinii studentów pielęgniarstwa i ekonomii.

	Zdecydowanie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kierunek pielęgniarstwo	8	10%	5	6,25%	6	7,5%	27	33,75%	34	42,5%
Kierunek ekonomia	9	11,25%	7	8,75%	10	12,5%	29	36,25%	25	31,25%

Źródło: wyniki badań własnych

Odpowiedzi studentów kierunku pielęgniarstwa i ekonomii na pytanie- czy są zwolennikami aborcji?, były zbieżne. Ponad połowa ogółu w obu grupach zdecydowanie lub raczej nie jest zwolennikiem aborcji. Zdecydowanie lub raczej nie zgadza się 28,75% studentów pielęgniarstwa oraz 23,75% studentów ekonomii. Nie ma zdania na ten temat 16,25 % badanych kierunku pielęgniarstwa oraz 23,75% badanych kierunku ekonomii.

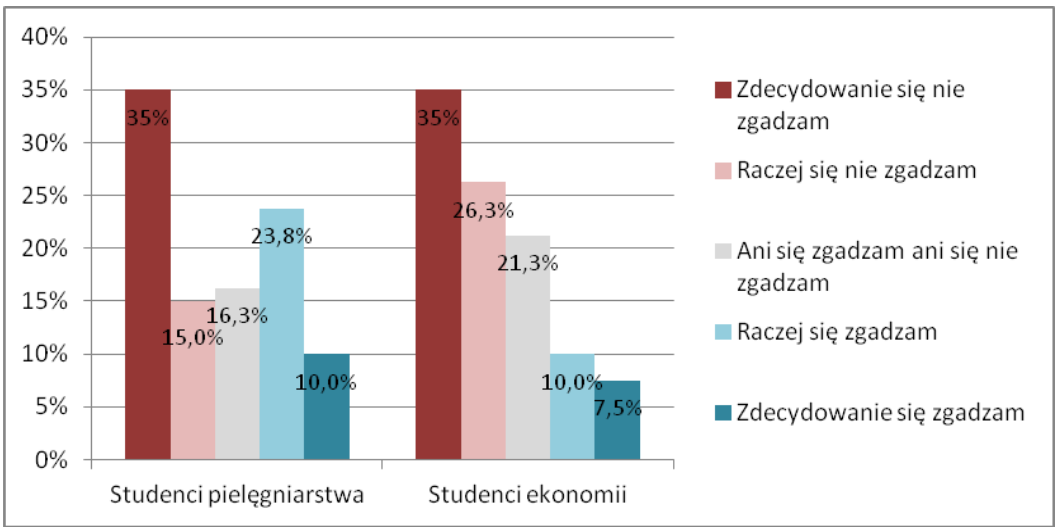
Rycina 1. Poparcie aborcji w opinii ankietowanych studentów pielęgniarstwa i ekonomii.



Źródło: wyniki badań własnych

Opinie badanych studentów na temat legalizacji aborcji w Polsce pokrywały się z deklarowanym poparciem dla aborcji. Ponad połowa badanych zdecydowanie lub raczej nie zgadzała się na legalizację aborcji w Polsce. Zdecydowanie lub raczej opowiadała się ponad 1/3 ankietowanych studentów pielęgniarstwa 33,75% oraz 17,5% studentów ekonomii.

Rycina 2. Opinia ankietowanych studentów na temat legalizacji aborcji w Polsce.



Źródło: wyniki badań własnych

Płeć a poglądy i postawy życiowe studentów wobec aborcji

Płeć wpływa istotnie na wyniki respondentów w skali stosunku do aborcji. Średni wynik respondentek wyniósł 27,55 przy odchyleniu standardowym 7,82, natomiast średni wynik respondentów wyniósł 30,60 przy odchyleniu standardowym 8,30. Różnice są istotne statystycznie ($p<0,05$).

Płeć nie wpływa istotnie na wyniki respondentów w skali postaw życiowych. Średni wynik respondentek wyniósł 44,70 przy odchyleniu standardowym 6,50, natomiast średni wynik respondentów wyniósł 46,51 przy odchyleniu standardowym 7,14. Różnice nie są istotne statystycznie (p>0,05).

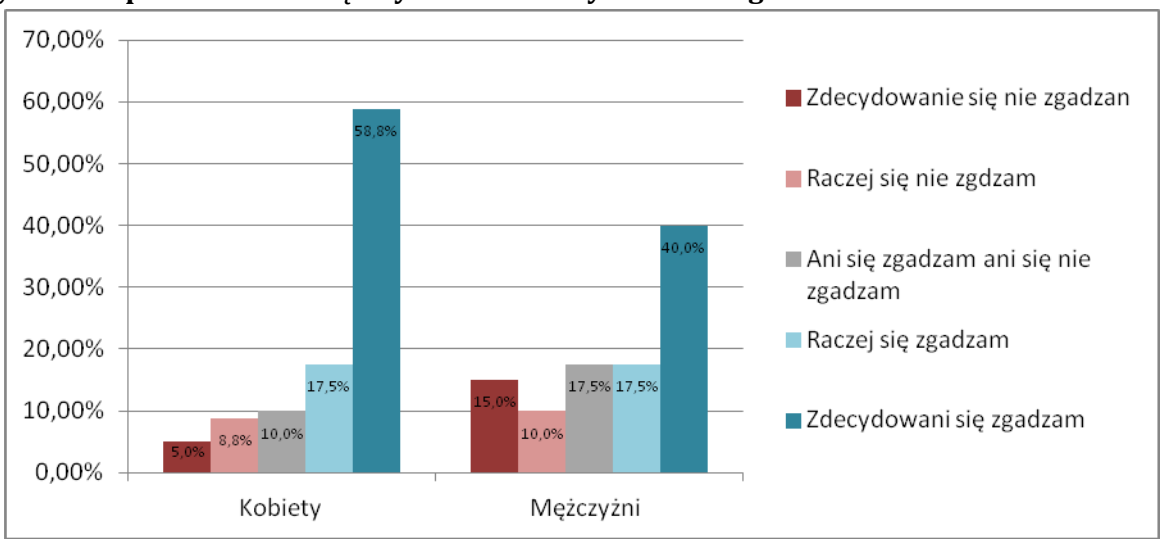
Tabela 10. Stosunek do aborcji i postawy życiowe a płeć.

	Kobiety	Mężczyźni	t	p
Stosunek do aborcji	27,55	30,60	-2,390	0,018
Postawy życiowe	44,70	46,51	-1,677	0,095

df=158, p<0,05
Źródło: wyniki badań własnych

Analiza wyników badań dotyczących opinii kobiet, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia wykazała, że zdecydowana większość - 74,3% kobiet zdecydowanie lub raczej zgadza się z powyższym stwierdzeniem. Podobne zdanie wyrazili mężczyźni - 57,5%. Z powyższym stwierdzeniem ani się zgadza ani się nie zgadza 10% kobiet i 17,5% mężczyzn. Zdecydowanie lub raczej nie zgadza się 13,8% kobiet i 25% mężczyzn.

Rycina 3. Opinia kobiet i mężczyzn na temat życia ludzkiego.



Źródło: wyniki badań własnych

Zdecydowana większość badanych kobiet bo aż 76,3% oraz 46,3% mężczyzn odpowiadając na pytanie – czym jest dla nich aborcja, zdecydowanie lub raczej zgodziła się, że aborcja jest zabójstwem dokonanym na nienarodzonym dziecku. Odpowiedzi, że ani się zgadza ani się nie zgadza udzieliło 7,5% kobiet i 18,8% mężczyzn. Natomiast zdecydowanie lub raczej nie zgodziło się 16,3% badanych kobiet z kierunku pielęgniarstwa i ekonomii i 35,1% mężczyzn kierunku pielęgniarstwa i ekonomii.

Tabela 11. Aborcja jako zabójstwo na nienarodzonym dziecku w opinii kobiet i mężczyzn.

	Zdecydowanie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	9	11,3%	4	5%	6	7,5%	18	22,5%	43	23,8%
Mężczyźni	15	18,8%	13	16,3%	15	18,8%	11	13,8%	26	32,5%

Źródło: wyniki badań własnych

Ankietowani w większości w grupie kobiet– 72,6% oraz w grupie mężczyzn - 71,3% zdecydowanie lub raczej zgadzają się ze stwierdzeniem, że aborcja jest procesem usunięcia niechcianego płodu. Odpowiedzi, że ani się zgadza ani się nie zgadza udzieliło 11,3% kobiet i 8,8% mężczyzn. Natomiast zdecydowanie lub raczej nie zgodziło się 16,3% badanych kobiet z kierunku pielęgniarstwa i ekonomii oraz 20,1% mężczyzn z kierunku pielęgniarstwa i ekonomii.

Tabela 12. Aborcja jako proces usunięcia niechcianego płodu w opinii kobiet i mężczyzn.

	Zdecydowanie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	6	7,5%	7	8,8%	9	11,3%	25	31,3%	33	41,3%
Mężczyźni	11	13,8%	5	6,3%	7	8,8%	32	40%	25	31,3%

Źródło: wyniki badań własnych

Większość kobiet - 76,3% oraz większość mężczyzn - 58,8%, zdecydowanie lub raczej zgadza się ze stwierdzeniem, że aborcja jest pozbawieniem do praw życia dziecka. Odpowiedzi,

że ani się zgadza ani się nie zgadza udzieliło 6,3% ankietowanych kobiet i 20%ankietowanych mężczyzn. Zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z powyższym stwierdzeniem 17,6% kobiet oraz 21,3% mężczyzn.

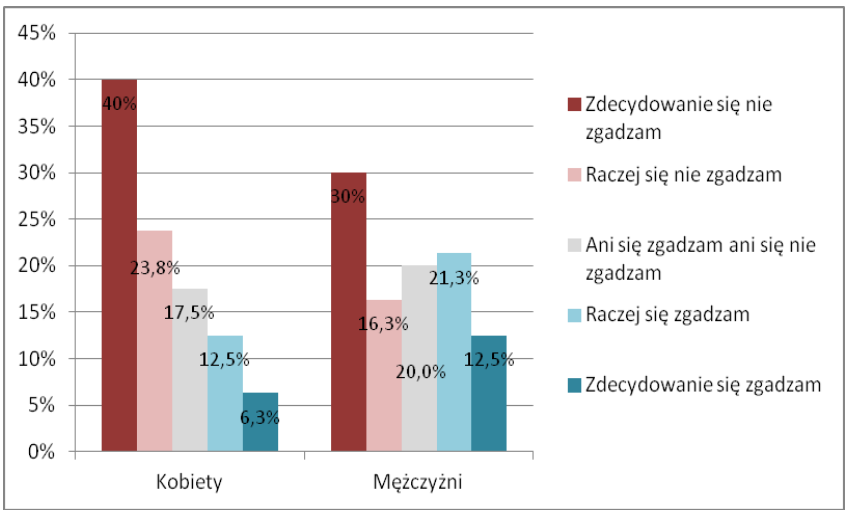
Tabela 13. Aborcja jako pozbawienie praw do życia dziecka w opinii kobiet i mężczyzn.

	Zdecydowanie się nie zgadzam		Raczej się nie zgadzam		Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	7	8,8%	7	8,8%	5	6,3%	17	21,3%	44	55%
Mężczyźni	10	12,5%	7	8,8%	16	20%	16	20%	31	38,8%

Źródło: wyniki badań własnych

Wyniki uzyskane z wyrażenia przez badanych opinii na temat legalizacji aborcji w Polsce, pokrywały się z deklarowanym poparciem dla aborcji. Ponad połowa badanych 63,8% kobiet oraz 56,3% mężczyzn zdecydowanie lub raczej nie zgadzała się na legalizację aborcji w Polsce. Zdania na ten temat nie posiada 17,5% kobiet i 20% mężczyzn. Poparcie dla legalizacji aborcji w Polsce dopuszcza 18,8% kobiet oraz 33,8% mężczyzn.

Rycina 4. Opinia kobiet i mężczyzn na temat legalizacji aborcji w Polsce.



Źródło: wyniki badań własnych

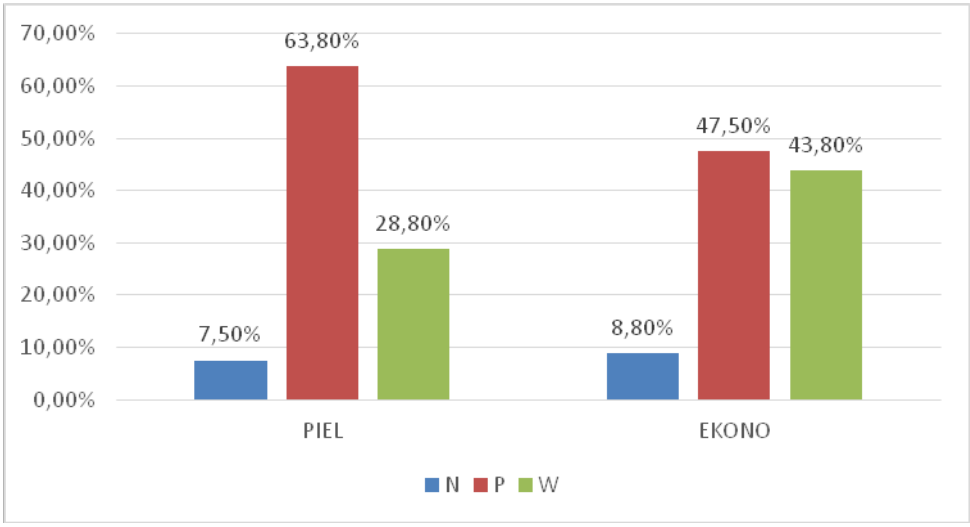
Wpływ postaw życiowych studentów pielęgniarstwa a ich stosunek do aborcji

W celu zbadania zależności pomiędzy poziomem postaw życiowych studentów pielęgniarstwa a stosunkiem do aborcji zastosowano korelację r-Pearsona. W wyniku zastosowanych analiz stwierdzono brak istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem postaw życiowych studentów pielęgniarstwa a stosunkiem do aborcji. Poczucie celowości nie wpływa na poglądy studentów na temat przerywania ciąży (r-Pearsona = -0,028, p=0,723).

Aby określić czy poczucie celowości było na poziomie niskim, przeciętnym lub wysokim ustalono następującą punktację. Ankietowani, którzy charakteryzowali się niskim poczuciem celowości uzyskiwali od 8 do 35 punktów podczas wypełniania kwestionariusza. Badani, którzy uzyskali od 36 do 48 charakteryzowali się przeciętnym poczuciem celowości, natomiast respondenci, którzy uzyskali od 49 do 56 punktów charakteryzowali się wysokim poczuciem celowości. Wśród przebadanych studentów wyniki przedstawiały się następująco. Ponad połowa ankietowanych - 55,60% posiada przeciętne poczucie celowości. Niski poziom posiada 8,10% badanych studentów, natomiast 35,30% studentów charakteryzuję się wysokim poczuciem celowości.

Analizując wyniki przeprowadzonych badań nie zauważa się istotnie statystycznego związku dotyczącego kierunku studiów a poczuciem celowości. Niski poziom poczucia celowości posiada 7,50% studentów pielęgniarstwa i 8,80% studentów ekonomii. Przeciętnym poczuciem celowości charakteryzowała się grupa 63,80% ankietowanych kierunku pielęgniarstwo i 47,50% ankietowanych kierunku ekonomia. Natomiast 28,80% respondentów pielęgniarstwa i 43,80% respondentów ekonomii charakteryzowało wysokie poczucie celowości w życiu.

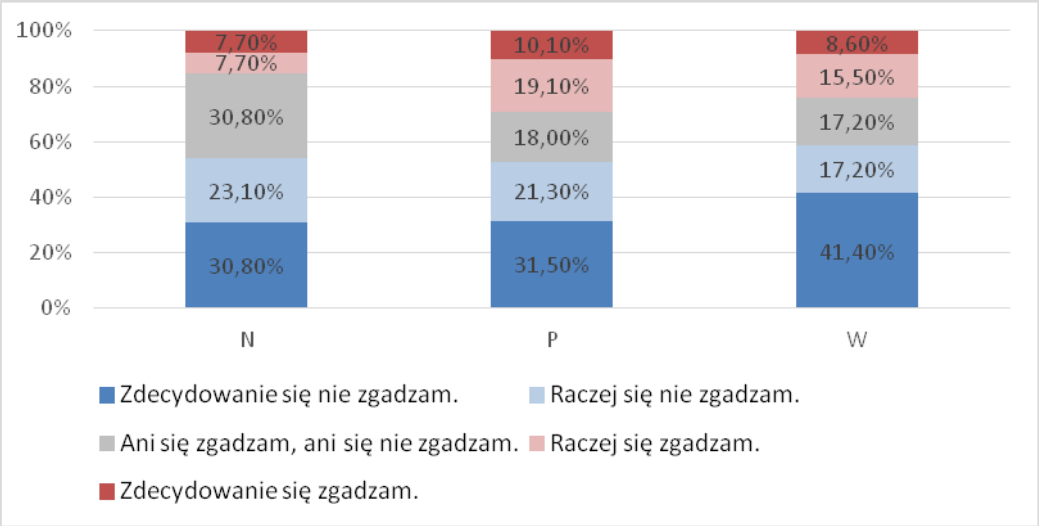
Rycina 5. Poczucie celowości a kierunek studiów.



Źródło: wyniki badań własnych

58,65% badanych o wysokim poczuciu celowości nie zgadza się ze stwierdzeniem, że aborcja powinna być zalegalizowana. Podobnego zdania jest 52,8% badanych o przeciętnym poczuciu celowości i 53,9% badanych o niskim poczuciu celowości. Zadeklarowanymi zwolennikami legalizacji jest 29,2% osób o przeciętnym poziomie postaw, 24,1% o wysokim poziomie i tylko 15,4% osób o niskim poziomie. Osoby o niskim poziomie celowości najczęściej nie mają precyzowanego zdania (30,8%).

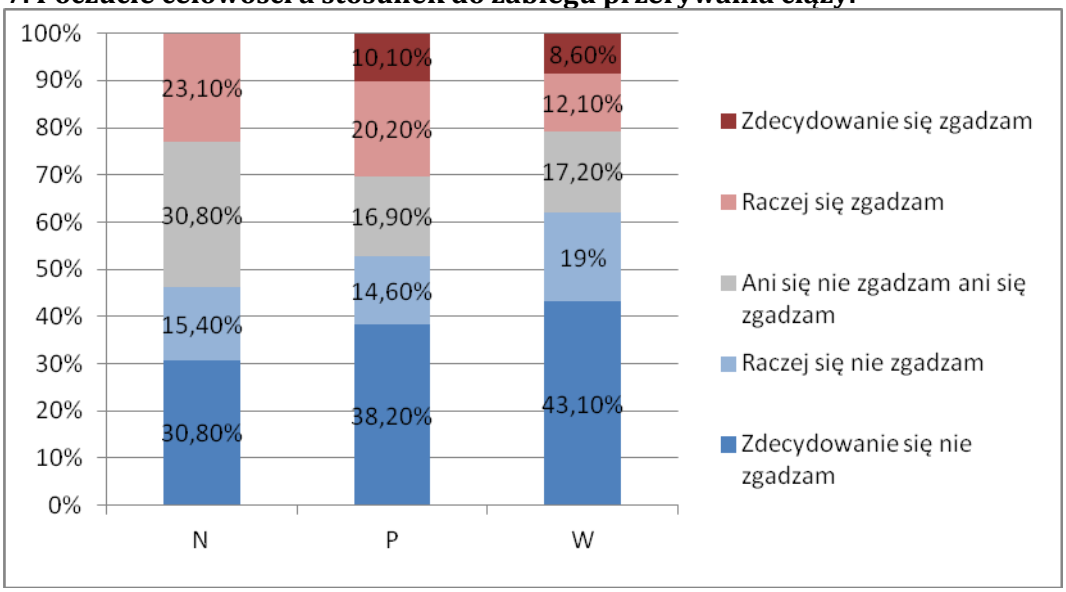
Rycina 6. Poczucie celowości a legalizacja aborcji.



Źródło: wyniki badań własnych

Wśród 62,1% respondentów o wysokim poczuciu celowości nie zgadza się ze stwierdzeniem, że jest zwolennikiem aborcji. Podobnego zdania jest 52,8% badanych o przeciętnym poczuciu celowości i 46,2% badanych o niskim poczuciu celowości. Zadeklarowanymi zwolennikami zabiegu przerywania ciąży jest 20,8% osób o wysokim poziomie postaw, 30,3% respondentów o przeciętnym poczuciu celowości oraz 23,1% osób o niskim poziomie. Osoby o niskim poziomie celowości najczęściej nie mają precyzowanego zdania (30,8%).

Rycina 7. Poczucie celowości a stosunek do zabiegu przerywania ciąży.



Źródło: wyniki badań własnych

Dyskusja

Podstawowymi pytaniami, które nieodłącznie wiążą się ze świadomą egzystencją człowieka, są pytania dotyczące sensu i znaczenia daru ludzkiego życia. Na przestrzeni wieków

zajmowano wobec powyższego problemu odmienne stanowiska. Jedne były radykalnie zorientowane na ochronę istnienia jednostki. Inne dopuszczały hierarchizację wartości życia osób różnych stanów, ras, narodowości i posiadanych przekonań, wykorzystując je jako nadane człowiekowi prawo decydowania o egzystencji innych osób. Na tle tak różnych przekonań i zachowań, wyłonił się problem zróżnicowanego stosunku do dziecka nienarodzonego.

Dzisiejsza kultura społeczeństw niekiedy próbuje powyższe zagadnienie marginalizować. Wpisuje się je w szereg tendencji światopoglądowych, które charakteryzują się dużą dozą subiektywizmu. Subiektywne rozumowanie tego zagadnienia dotyczy przede wszystkim oceny realnego zagrożenia dla ochrony ludzkiego życia od momentu połączenia żeńskiej komórki jajowej z męskim plemnikiem, aż do naturalnej śmierci, w tym również włączeniem możliwości dokonania aborcji do katalogu podstawowych praw i wolności człowieka.

Aborcja to bardzo gorący i kontrowersyjny temat, który wywołuje burzliwe dyskusje a ich wynik nie daje możliwości pogodzenia jej zwolenników i przeciwników. Aborcja jest istotnym tematem ponieważ z punktu widzenia rozwoju duchowego, życie ludzkie jest traktowane jako najwyższe dobro. W obowiązujących naukach moralnych występuje zasada: „nie zabijaj". Pozbawienie możliwości do życia drugiego człowieka jest uważane za największą z możliwych zbrodni. Do walki pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami aborcji dochodzi najczęściej na tle religijnym [16]. Religia jest jednym z najważniejszych zjawisk społecznych, tak jak język tworzy ona wzorce kultury i daje człowiekowi możliwość odrębności, ale ponad wszystko określa stosunek człowieka do wyznawanych w jej imię świętości. Trzema nieodłącznymi elementami religii uznano: wierzenia odnoszące się do celu istnienia świata i człowieka, kult związany z praktykami i obrzędami religijnymi a także instytucje, które wpływają na ukształtowanie formy życia ludzkiego i świadomość wyznawców religii [17]. Zgodnie z obowiązującymi zasadami moralnymi oraz etycznymi chrześcijaństwa zapisanymi w Piśmie Świętym, Bóg jest jedynym dawcą życia. Tylko on może je dać i tylko on może je zakończyć. Inne postawy, nawet najbardziej słuszne z punktu widzenia człowieka nie uzyskają przyzwolenia. Odpowiedzialnością za zabieg aborcji Kościół Katolicki obarcza zarówno kobietę, jak i mężczyznę lecz w świetle zasad katolicyzmu odpowiedzialności nie unikną również wszyscy, którzy chociażby w najmniejszym stopniu przyczynili się do zaistniałego faktu przerwania ciąży. Każda z tych osób, która dokonała współudziału w przestępstwie jest obciążona karą ekskomuniki. Jest to najwyższa i zarazem najcięższa w hierarchii kościoła kara i stanowi ona o wykluczeniu ze wspólnoty kościelnej, a także zakazie uczestniczenia w sakramentach świętych i całym życiu kościelnym [18].

W twierdzeniach dotyczących poczęcia człowieka stanowisko kościoła prawosławnego jest zgodne, ze stanowiskiem kościoła katolickiego. Obie religie uznają za początek istnienia ludzkiego jego poczęcie. Judaizm podkreśla fakt, że życie jest najważniejsze lecz z dużym rozsądkiem wskazuje na okoliczność, że w przypadku wyboru między życiem płodu, a kobiety, to drugie uważa się za w pełni utworzone i podlegające ochronie [19]. Bezwarunkowa ochrona życia ludzkiego jest jedną z ważniejszych zasad napisanych w Koranie. Zgodnie z nią zabiegu przerwania ciąży nie wolno wykonać w momencie, gdy płód zostaje obdarzony duszą, czyli po około 120 dniach od chwili zapłodnienia. W islamie aborcja jest dopuszczalna tylko wtedy, gdy ciąża zagraża zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej [20].Zabieg przerwania ciąży w buddyzmie jest absolutnie zabroniony i traktowany jako przestępstwo. Może być wykonany tylko w momencie absolutnego zagrożenia dla życia kobiety ciężarnej. Zabicie istniejącego płodu jest uważane za zniszczenie potencjału Buddy [21].

Ochrona istnienia dzieci poczętych, a tym samym ich matek zajmuje szczególne miejsce w światopoglądzie i budowanych na jego podstawie postawach życiowych osób związanych zawodowo z ochroną ludzkiego zdrowia i życia. Dyskutując o zabiegu aborcji, warto zastanowić się nad czynnikami wywołującymi decyzję o dokonaniu przerwania ciąży. Wśród występujących zmiennych poprzedzających decyzję o usunięciu płodu wymieniane są czynniki społeczne jak i psychologiczne. Wyjątkowa uwaga skierowana jest na osobowość kobiety, wyznawane wartości, pozycję życiową oraz wyznaczone cele życiowe. Zauważa się zależności między usuwaniem ciąży, a trwającymi problemami psychologicznymi, które występują w związku z doświadczeniem przemocy cielesnej w wieku dojrzewania oraz zaniedbania ze strony rodziny.

Niezmiernie istotną okazuje się dostępność wsparcia społeczeństwa, w tym realne wsparcie ze strony partnera, a także równowaga. Z przeprowadzonych badań wynika, iż większość aborcji dokonują kobiety, które są stanu wolnego, 52% dotyczy pierwszych ciąż, natomiast 60% kobiet nie przekroczyło 25 roku życia. Czynnikiem, który istotnie wpływa na przerwanie ciąży jest wsparcie lub jego brak ze strony partnera. Największy wskaźnik przerwania ciąży zauważa się w sytuacji, gdy partner był nieobecny i nie wspierał kobiety w trudnych dla niej chwilach. Aborcja jest decyzją egzystencjalną, ponieważ dotyczy nie tylko kobiety, ale również jej dziecka i podejmowana jest w wyjątkowej sytuacji psychofizycznej, jaką jest sama ciąża. Stąd też dla zrozumienia uwarunkowań psychologicznych i konsekwencji przerwania ciąży uzasadnione jest zwrócenie uwagi na sytuację w której jest ona dokonywana [22].

Przerwanie ciąży nie jest obojętne, wpływa zarówno na sferę psychiczną, jak i fizyczną kobiety. Aborcja powoduje długotrwałe zaburzenia emocjonalne, które zwykle ujawniają się po długim okresie od wykonania zabiegu. Wśród następstw wpływających ujemnie na psychikę kobiety można wyróżnić: niepokój, osamotnienie, poczucie winy oraz krzywdy, trudności w nawiązywaniu nowych relacji społecznych, zaburzenia seksualne, a także zaburzenia psychosomatyczne. Pomimo wielu uwarunkowań natury religijnej, społecznej i etycznej kobiety postanawiają dokonać usunięcia płodu z przyczyn, które dopuszcza polskie prawo. Ciąża jest usuwana, gdy istnieje zagrożenie zdrowia lub życia matki, gdy po przeprowadzonych badaniach prenatalnych stwierdza się ciężkie wady u dziecka oraz gdy do poczęcia doszło w wyniku wykroczenia jakim jest gwałt lub stosunek kazirodczy.

Wnioski

1. Istnieje rozbieżność pomiędzy deklarowanym światopoglądem a zachowaniem w zakresie dopuszczalności przerywania ciąży w różnych sytuacjach.
2. Deklarowane poparcie dla aborcji w znacznym stopniu uzależnione jest od konkretnej, opisywanej sytuacji.
3. Religia pełni istotną funkcję jako wyznacznik praw moralnych i społecznych i przekłada się na deklarowane poglądy na temat problemów bioetycznych.
4. Należy podjąć działania mające na celu uświadamianie młodych mężczyzn konsekwencji i skutków aborcji dla kobiety poprzez kampanie społeczne.
5. W kontynuacji badań warto uwzględnić szerszy zakres postaw życiowych niż tylko poczucie celowości.

Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej

Istnieje konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na zagadnienia bioetyczne w kształceniu studentów pielęgniarstwa.

Bibliografia / Bibliography:

1. Sterkowicz S. Twarde prawo ale martwe. Problemy aborcji, antykoncepcji i demografii w Polsce. Gabinet prywatny 2007; 1; 158: 64-69.

2. Zielińska E. Przerwanie ciąży warunki legalności w Polsce i na świecie. Warszawa 1990:39.

3. Muszala A., Strowieyski M., Ślipko T. Aborcja spojrzenie filozoficzne, teologiczne, historyczne i prawne. Wyd. Petrus. Kraków 2010:9-13.

4. Kluk P. Przyszło do swojej własności, a swoi Go nie przyjęli – czy aborcja powinna być dozwolona? Położna. Nauka i Praktyka 2009; 4;8: 52-55.

5. Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1956r., Nr 12, poz.61).

6. Ustawa z dnia 7 stycznia 1993r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. z 1993r., Nr 17, poz. 78).

7. Nesterowicz M. Prawo Medyczne. Wyd. TNOiK, Toruń 2000: 156.

8. Kilińska-Pękacz A. Aborcja – na granicy legalności i nielegalności. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012; 10: 33.

9. Muszala A. Encyklopedia bioetyki. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen. Radom 2005: 17.

10. Patyjewicz L. Aborcja i środki wczesnoporonne z perspektywy lekarskiego sumienia, w: Między literaturą a medycyną. część II, Łoch E., Wallner G. (red), Wydawnictwo Norbertinum, Lublin 2007, s. 188-189.

11. Chazan B. Somatyczne następstwa aborcji. W: Aborcja przyczyny, następstwa, terapia. Chazan B., Simon W.(red.). Wydawnictwo Wektory. Wrocław 2009: 75; 83.

12. Norman J., Me Kay Hart D. Ginekologia. Wyd. Med. Urban & Partner. Wrocław 2006: 346.

13. Puzewicz-Barska J., Tarasiewicz M. Metody dokonywania aborcji. Nasze ciała, nasze życie. Wyd. Fundacja Współpracy Kobiet NEWW-Polska 2004: 387-388.

14. http://wciazy.familie.pl/artykul/Aborcja-w-Polsce-statystyki,6132,1.html [21.01.2016].

15. Libera A. Wpływ aborcji na zdrowie psychiczne i fizyczne kobiety. W: Psychologia w położnictwie i ginekologii, Makara-Studzińska M. (red.). Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2009: 164-172.

16. Zieliński W. P. P. Aborcja za czy przeciw? Przewodnik duchowy – ciało, umysł, duch. 2012; 3: 15–18

17. Tworuscha M., Tworuscha U. Religie świata. Wyd. Bellona. Warszawa 2010: 25-40.

18. Szczygieł K. W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Wyd. Biblos. Tarnów 1998: 58.

19. Olszewska J., Czerwińska-Ospiak A., Michalik A., Kunat K. Spojrzenie na ciążę i poród przez pryzmat różnych religii. Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21; 4: 534-541.

20. Bielawski J. Islam, religia państwa i prawa. Wyd. KAW. Warszawa 1973: 11–13.

21. Donden J. Sztuka trwania w harmonii i zdrowiu. Wprowadzenie w medycynę tybetańską. Wyd. EM. Warszawa 1992: 16–17

22. Kulpa A. Psychologiczne konsekwencje aborcji. Pielęgniarka i Położna 2005; 11-12: 8-9.

Opis przypadku/Case report

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **3(1)/2016**
ISSN
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.017

Agnieszka Komorowska [1]
[1] Szkoła Podstawowa w Wilkowicach

Opieka nad dzieckiem ze schizofrenią paranoidalną oraz padaczką w szkole – studium przypadku

Care-taking of the Paranoid Schizophrenia and Epilepsy Suffering Children in School Environment – Case Study

Streszczenie

Wstęp. Schizofrenia jest chorobą, która stanowi duże wyzwanie dla psychiatrii. Do dnia dzisiejszego trudno określić jednoznacznie etiopatogenezę tej choroby u osób dorosłych, jak i również u dzieci. Padaczka jest chorobą neurologiczną, najczęstszą wieku dziecięcego, bo aż w 75 % początek tej choroby przypada na okres do 19 roku życia. Bardzo często występuje już w pierwszym okresie życia.

Cel. Celem pracy jest przedstawienie opieki nad dzieckiem ze schizofrenią paranoidalną oraz padaczką w szkole oraz ukazanie sposobów umiejętnego radzenia sobie z trudnościami napotykanymi u dzieci z zaburzeniami psychicznymi.

Prezentacja przypadku. Chłopiec, lat 12, data urodzenia 28 kwietnia 2004 roku. Rozpoznanie schizofrenia paranoidalna oraz padaczka. Leczony od 2013 roku. Pierwsze objawy niepokojące występujące u chłopca, pod względem zachowania zaobserwowano w 2013 roku. Stan zdrowia chłopca znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualne w odrębnym pomieszczeniu w szkole.

Dyskusja. Przyczyny schizofrenii u dzieci są złożone. Do zachorowania może dojść w wyniku wspólnego działania biologicznych czynników jak: zmian zachodzących w budowie anatomicznej mózgu czy nieprawidłowego działania neuroprzekaźników, genetycznych czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania w momencie gdy na schizofrenię choruje członek rodziny bądź bliski krewny, a także czynniki psychogenne oraz środowiskowe. Podstawową metodą leczenia schizofrenii występującej u dzieci jest zastosowanie leków, a także oddziaływań terapeutycznych.

Wnioski. Dzieci chore na schizofrenię i padaczkę w okresie szkolnym są narażone na wykluczenie społeczne, ze względu na odmienność w swoim zachowaniu. Dzieci z zaburzeniami psychicznymi niejednokrotnie są izolowane przez rodziców, co potęguję ich stany napięcia, lęki. Rodzice przezywają silny stres z chorobą dziecka. Dużą rolę w rozumieniu problemu i uświadomieniu rodziców o problemach ich dzieci stanowią poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz psycholog lub pedagog szkolny, a także nauczyciele współpracujący bezpośrednio z chorymi dziećmi.

Abstract

Introduction. Schizophrenia is a brain disorder that poses a great challenge for modern psychiatry. It is still very difficult to clearly identify the etiopathogenesis of this illness in case of both adults and children.

Epilepsy comes as the neurological disorder of childhood and adolescence stage as its onset starts not later than till the age of 19; it also quite often occurs in the first period of human's life.
Aim. This paper aims to present various methods of care-taking of children with paranoid schizophrenia and epilepsy in their school environment, and provide methods for successful coping with any difficulties encountered in case of mentally ill children.
Case presentation. A twelve-year boy born on 28 July 2004 diagnosed with paranoid schizophrenia and epilepsy. The treatment started in 2013 when first disturbing symptoms were noticed. His health problems make it extremely difficult for him to attend school. He can take part in regular classes or individual classes in a separate room.
Discussion. The causes of schizophrenia among children are very complex. The illness may be triggered by biological factors, for example changes occurring in the brain or abnormal activity of neurotransmitters; genetic factors, especially when a member of the family or a close relative suffered from the illness; but also community factors are crucial..The primary method for treating schizophrenia, occurring in children, is the use of drugs and therapeutic interactions.
Conclusions. Children with schizophrenia or epilepsy are susceptible to social exclusion due to their behaviour differences. It most often happens that the children suffering from psychical disorders are isolated by their parents which triggers their anxiety and fears. The parents undergo severe stress referring to the child's illness. Psychological and pedagogical counselling centres, the school-based psychologists or pedagogy therapists, as well as teachers cooperating directly with the ill children play a vital role in assisting the parents in understanding the problem and coping with it.

Słowa kluczowe: schizofrenia, padaczka, opieka nad dzieckiem, szkoła.
Key words: schizophrenia, epilepsy, childcare, school.

Wstęp

Schizofrenia jest chorobą psychiczną. Bleuer po raz pierwszy użyl terminu schizofrenia w 1911 roku. Słowo schizofrenia oznacza „rozszczepienie rozumu lub serca'' (schizo - rozszczepiam, phren - rozum, serce). Schizofrenia jest chorobą, która stanowi duże wyzwanie dla psychiatrii. Do dnia dzisiejszego trudno określić jednoznacznie etiopatogenezę tej choroby u osób dorosłych, jak i również u dzieci. Pierwsze objawy schizofrenii pojawiają się przed 15 rokiem życia u około 4 % chorych, tylko 1 % przed 10 rokiem życia, natomiast największy procent zachorowania na schizofrenię pojawia się przed 20 rokiem życia i stanowi 12-35 %. Na schizofrenię w okresie dzieciństwa chorują częściej chłopcy niż dziewczynki. Przewaga ta jest zauważalna w okresie dzieciństwa, natomiast tendencję malejącą zauważa się w okresie dojrzewania. W okresie dorosłości zachorowalność na schizofrenię charakteryzuję się zbliżoną tendencją zarówno u mężczyzn jak i u kobiet [1,2].

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia termin padaczka oznacza przewlekle zaburzenia czynności mózgu o różnej etiologii, które cechują się nawracającymi napadami. Padaczka nie jest uważana za chorobę psychiczną, czasami jednak może prowadzić do obniżenia sprawności intelektualnej. Padaczka jest chorobą neurologiczną, najczęstszą wieku dziecięcego, bo aż w 75 % początek tej choroby przypada na okres do 19 roku życia. Bardzo często występuje już w pierwszym okresie życia. U dzieci napady padaczkowe występują bardzo często u około 30 % przypadków napady padaczki występują już przed 4 rokiem życia dziecka, w 50 % przypadków napady pojawiają się przed 10 rokiem życia, a w 70 % przypadkach przed ukończeniem 15 roku życia [3,4].

Dzieci, które chorują na schizofrenię i padaczkę w okresie szkolnym pomimo trudności, jakie napotykają ze strony choroby, jej rozwoju oraz przebiegu, muszą zmagać się również z edukacją szkolną oraz opinią społeczną.

Celem pracy jest przedstawienie opieki nad dzieckiem ze schizofrenią paranoidalną oraz padaczką w szkole oraz ukazanie sposobów umiejętnego radzenia sobie z trudnościami napotykanymi u dzieci z zaburzeniami psychicznymi.

Prezentacja przypadku

Chłopiec, lat 12, data urodzenia 28 kwietnia 2004 roku. Rozpoznanie schizofrenia paranoidalna oraz padaczka. Leczony od 2013 roku. Pierwsze objawy niepokojące występujące u chłopca, pod względem zachowania zaobserwowano w 2013 roku. Badanie elektroencefalograficzne po raz pierwszy u dziecka wykonano 15 stycznia 2015 roku w wieku 8 lat 5 miesięcy chłopca. Rozpoznano u chłopca zaburzenia zachowania. Badanie wykonane było w czuwaniu. Zapis zróżnicowany przestrzennie, asymetryczny, z przewagą amplitudy po stronie prawej. Czynność podstawową w okolicy ciemieniowo-potylicznej stanowią fale alfa o częstotliwości 9-10 Hz i amplitudzie od 60 uV po stronie lewej, do 100 uV po stronie prawej. W okolicy czołowej rejestruje się czynność beta, współwystępująca z falami alfa i theta. Reakcja OZ wyrażona. Na tym tle w okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej, z przewagą po stronie prawej w sposób ciągły rejestrują się odcinki fal o częstotliwości 9,8 Hz i amplitudzie od 130 do 244 uV. U dziecka zalecono wykonanie badania EEG podczas snu. Dnia 17 kwietnia 2013 roku u dziecka zgodnie z zaleceniami wykonano badanie EEG podczas snu. U chłopca wieku 8 lat 8 miesięcy rozpoznano stany napadowe oraz schizofrenię. Zastosowano leczenie farmakologiczne. Badanie EEG wykonano podczas snu. W okresie senności zarejestrowano rozpad czynności podstawowej, pojawiły się ostre fale wierzchołkowe. Wrzeciona snu podczas snu lekkiego rejestruje się w postaci fal o częstotliwości 12 Hz i amplitudzie 50 uV. Podczas budzenia rejestrowały się typer synchroniczne budzenia. U chłopca orzeczono w wyniku badania zapis snu nieprawidłowy, ze zmianami zlokalizowanymi w okolicach czołowych o charakterze napadowym i tendencji do uogólniania. W 2015 roku chłopiec otrzymuje wydane przez Powiatowy Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności orzeczenie o niepełnosprawności 02-P (choroby psychiczne). Niepełnosprawność datuję się od siódmego roku życia. Zgodnie z przeprowadzonym badaniem, wywiadem oraz z treści dokumentacji medycznej u chłopca orzeczono, iż ma naruszoną sprawność organizmu. Wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, opieki i pomocy innej osoby oraz stałego współudziału na co dzień opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji, jak i również konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. W wieku 11 lat u chłopca wykonywane jest kolejne badanie elektroencefalograficzne. Badanie wykonywane w czuwaniu. Zapis czuwania u chłopca nieprawidłowy, ze zmianami napadowymi o charakterze ciągłym, zlokalizowanymi w okolicach centralno-skroniowo-potylicznych z tendencja do uogólniania. Oprócz zaburzeń zachowania u chłopca pojawiają się coraz większe trudności z edukacją szkolną oraz klimatyzacją chłopca w środowisku szkolnym. Chłopiec poprze swoje zachowania nieadekwatne do sytuacji, nadpobudliwość oraz rozdrażnienie ma problem z adaptacją w szkole. Występują konflikty miedzy chłopcem, a resztą środowiska szkolnego. W 2015 roku Zespół Orzekający Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej orzekł o potrzebie indywidualnego nauczania chłopca. Chłopiec badany w poradni po raz drugi. Pierwsze badanie odbyło się w 2012 roku, kiedy chłopiec uczęszczał do klasy drugiej szkoły podstawowej. W diagnozie zespół przedstawił informacje o możliwościach rozwojowych i potencjale ucznia. Dziecko ma roczne opóźnienie organizacyjne. Od stycznia 2013 roku uczestniczy w zajęciach socjoterapeutycznych organizowanych na terenie poradni. Ze względu na problemy zdrowotne od kwietnia 2013 roku realizuje obowiązek szkolny w formie indywidualnego nauczania. Wynik badania

psychologicznego przeprowadzony w 2015 roku wskazuje na regres w ogólnym rozwoju umysłowym dziecka, który przebiega aktualnie na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim względem jego grupy rówieśniczej, w sposób nieharmonijny. Obserwuje się zaburzenia i opóźnienia rozwojowe, które wyraźnie pogłębiły się w odniesieniu do badania poprzedniego z 2012 roku. Deficyty poznawcze ujawniają funkcje słowno-pojęciowe, jak i sfera wykonawcza. Wzbogacenia i uzupełnienia wymaga znajomość norm i zasad społecznych, gdyż chłopiec miał duże problemy z dokonaniem właściwej oceny i analizy prezentowanych zjawisk i sytuacji społecznych oraz wskazaniem odpowiedniej formy reagowania na nie. Poważne deficyty ujawnia także słownictwo jakim dysponuje chłopiec, nie potrafi skutecznie poradzić sobie z definiowaniem prostych pojęć, a jego wypowiedzi były ubogie. Kontakt niewerbalny w dalszym ciągu przebiega nieprawidłowo, chłopiec wykazuje duże trudności z jego nawiązaniem. Bardzo ubogi jest zasób ogólnych wiadomości i informacji o otaczającym świecie zdobywanych w toku edukacji i doświadczeń własnych. Powyższe uległy dużemu pogorszeniu, relatywnie do badania poprzedniego i stanowią słabą stronę w intelekcie chłopca. Świadczyć też mogą o problemach w obrębie pamięci długotrwałej, dlatego chłopiec powinien stosować większą ilość powtórzeń przyswajanego materiału w różnych formach i kontekstach. Poważne problemy wskazują także ujęte w badaniu formy myślenia, które odgrywają ważną rolę w procesie edukacji, to jest: wnioskowanie przyczynowo-skutkowe oraz rozumowanie matematyczne. Wyraźne korzystniej prezentuje się abstrakcyjne myślenia logiczne (porównywanie, klasyfikowanie, uogólnienie), które rozwinięte jest na poziomie zgodnym z oczekiwaniami dla wieku metrykalnego chłopca. Bardzo wolne jest tempo przyswajania prostego materiału symbolicznego w oparciu o skojarzenia wzrokowo-ruchowe oraz tempo pracy graficznej. Percepcja wzrokowa, analiza i synteza wzrokowa oraz pamięć wzrokowa prezentują się zadowalająco stanowiąc mocne ogniwo w intelekcie chłopca, na którym warto się oprzeć w przyswajaniu wiadomości i umiejętności szkolnych. Duże kłopoty obserwuje się w obrębie ogólnej spostrzegawczości, chłopiec miał problemy, aby wskazać braki i błędy w materiale spostrzegawczym wzrokowo. Bardzo wąska jest pojemność pamięci słuchowej bezpośredniej. Obecnie przeprowadzone badanie pedagogiczne wskazuje na utrzymanie się trudności w nabywaniu bieżących wiadomości i umiejętności programowych. Występują poważne trudności w pisaniu. Chłopiec podjął próbę przepisywania tekstu drukowanego. Wykonywał to bardzo wolnym tempie, po jednej literce, mylił się i poprawiał. Zaniechano próby pisania z pamięci i ze słuchu ze względu na obserwowane nadmierne trudności. Poziom graficzny pisma jest niski-litery niekształtne, nie utrzymane w odpowiednich liniach. Chwyt narzędzia pisarskiego nieprawidłowy. Czyta po uprzednim głoskowaniu, poprawnie składa większość przeczytanych wyrazów. Częściowo rozumie wysłuchany tekst, nie zapamiętuje istotnych szczegółów. Dodaje i odejmuje w zakresie 100 w pamięci, jednakże czasem wspiera się liczydłami. Nie podjął próby mnożenia liczb. Wykazał się bardzo słabym rozumieniem zadań tekstowych. Podczas badania chłopiec był mało zainteresowany zadaniami i pozytywnymi rezultatami swojej pracy. Zdarzało się, ze odmawiał wykonania jakiegoś zadania twierdząc ,, nie chce mi się''. Jednakże chłopiec w końcu podejmował się wykonania poleceń i starał się doprowadzać do końca każde zadanie. Zalecenia jakie należy zastosować wobec ucznia to należy wskazywać warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, a także możliwości uczestniczenia ucznia w życiu szkoły, formy stymulacji, rewalidacji, terapii, usprawnienia, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron dziecka oraz inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W przypadku chłopca, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, określa się zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych organizowanych z oddziałem w szkole lub indywidualne w odrębnym pomieszczeniu w szkole.

Zaleceniem jest również włączenie chłopca do grupowych zajęć w szkole, zgodnie z zaleceniami lekarza. Ze względu na zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym w pracy z dzieckiem należy uwzględnić specjalne metody i organizację pracy, kontynuować zajęcia socjoterapeutyczne w poradni oraz kontynuować specjalistyczne leczenie. Z uwagi na utrzymujące się zaburzenia lękowe wynikające z przebiegu choroby chłopiec wymaga indywidualnej stałej opieki, dlatego też uzasadnione jest nauczanie indywidualne.

W 2016 roku wykonano kolejne badanie EEG w czuwaniu. Zapis zróżnicowany przestrzennie, asymetryczny z przewagą amplitudy po stronie lewej, modyfikowany artefaktami biologicznymi mrużenia oczu. Zapis czuwania z asymetryczna czynnością podstawową ze zmianami zlokalizowanymi wieloogniskowo o charakterze ciągłym i napadowym. W 2016 roku chłopiec znajduje się pod opieką lekarza psychiatry ze względu na stwierdzoną schizofrenię paranoidalną, padaczkę, której objawy okresowo nasilają się i upośledzają jego funkcjonowanie. Chłopiec został zbadany w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Z opinii otrzymanej od nauczycieli ze szkoły chłopiec łatwo nawiązuje kontakt z nauczycielami uczącymi go. W czasie zajęć jest nadpobudliwy psychoruchowo. Często nie potrafi kontrolować swoich emocji. Zdarzają mu się napady złości oraz zachowania agresywne. Na uwagi reaguje niezadowoleniem, potrafi przerwać wykonaną pracę. Dziecko ma dość dobrą pamięć, stara się myśleć przyczynowo-skutkowo. Chętnie wykonuje zdania, które są zgodne z jego zainteresowaniem. W przeciwnym wypadku wykazuje brak skupienia, niechęć, staje się niespokojny. Zespól Orzekający Poradni Psychologiczno - Pedagogicznej zaleca indywidualne nauczanie chłopca na kolejny rok w domu rodzinnym, zajęcia socjoterapeutyczne, porady i konsultacje oraz terapie psychologiczna w związku z opóźnieniami rozwojowymi dziecka oraz rozpoznanymi zaburzeniami określonych sfer funkcjonowania dziecka. W czerwcu 2016 roku u dziecka wykonano kolejne badania EEG ze względu na nasilające się napady padaczkowe. W badaniu w lewym płacie ciemieniowym istocie białej zlokalizowano dwa drobne ogniska hiperintensywne. Cechy dyskretnej gliozy okołokomorowej, poza tym struktury mózgowia bez zmian ogniskowych. Układ komorowy symetryczny, bez przemieszczeń, nieposzerzony. W zatoce klinowej niewielkie pogrubienie śluzówki.

W dniu 22 czerwca 2016 roku chłopiec w wieku 12 lat trafia do oddziału psychiatrycznego w szpitalu. Chłopiec znajduję się pod stałą opieką psychiatryczną, leczony również z powodu padaczki. Ostatni napad padaczkowy nastąpił 3 miesiące temu. U dziecko nastąpiło pogorszenie stanu psychicznego objawiający się niespokojnym okresowo pobudzonymi agresjami w stosunku do domowników. Deklarował obecność doznań słuchowych i wzrokowych. Chłopiec wychowywany jest w rodzinie niepełnej. Ojciec dziecka nie żyje. Rodzina obciążona jest schizofrenią, ojciec dziecka również chorował na schizofrenie i był leczony farmakologicznie. Świadomość jasna oraz orientacja co do własnej osoby dziecka pełna, co do czasu niestety zaburzona. U chłopca w trakcie hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym występowały halucynacje wzrokowe, chłopiec wypowiadał urojenia ksobne, prześladowcze, wrogo nastawiony do najbliższych. Sen zaburzony. Przez większość pobytu na oddziale chłopiec prezentował postawę wycofania, izolującą , nie nawiązywał kontaktu wzrokowego. W trakcie pobytu wykonano badania obrazowe EEG oraz MRI głowy. Zmodyfikowano leczenie farmakologiczne uzyskując poprawę stanu psychicznego. W lipcu 2016 roku dziecko zostało wypisane do domu w stanie psychicznym stabilnym. Świadomość jasna, orientacja pełna. Tok myślenia z elementami nie do kojarzenia, bez objawów wytwórczych. U chłopca zastosowano włączenie nowych preparatów farmakologicznych. Matka oraz nauczyciele oceniają chłopca jako osobę bardzo ciepłą, choć bywają momenty stosowane przez chłopca zachowań agresywnych spowodowanych nasilaniem się objawów choroby. Chłopiec jest ufny wobec matki oraz

nauczycieli z którymi pracuje. Matka chłopca jednak cierpi z powodu choroby chłopca, jak i również z jej zmienności. Matka ze względu na chorobę syna nie przyjmuje do końca wszystkich zaleceń zaleconych przez nauczycieli i pedagogów, co niejednokrotnie utrudnia pracę nauczycieli z chłopcem. Matka czasami prezentuję postawę osoby uzależnionej emocjonalnie psychicznie od chłopca, niejednokrotnie spełnia wszystkie polecenia chłopca. Wobec takiej postawy i uległości matki wobec chłopca, dziecko prezentuję postawę negatywną do współpracy z nauczycielami, którzy próbują oczekiwać od dziecka efektów z pracy edukacyjnej. Matka nie chętnie chcę integrować dziecko ze środowiskiem lokalnym, szkolnym, co powoduje, iż chłopiec zaczyna stawać się osobą bardziej zamkniętą w sobie oraz nieufną wobec nowych osób. Izolacja chłopca wobec środowiska szkolnego negatywnie wpływa na rozwój chłopca. W 2016 roku po raz kolejny matce zaoferowano pomoc pedagoga szkolnego w celu zrozumienia choroby syna oraz podjęcia próby jej zaakceptowania, a także wytłumaczenia kobiecie pozytywnych aspektów nieizolowania dziecka od innych rówieśników ze względu na jego stan zdrowotny. Kobieta wykazuje trudną współpracę z pedagogiem szkolnym oraz nauczycielami spowodowane jest to faktem, iż chorobę psychiczną posiadał jej mąż, co skutkowało przykrymi doznaniami jakie kobieta przeżyła. Śmierć męża spowodowała, że kobieta zamknęła się w sobie i stała się nadopiekuńcza w stosunku do swojego syna rekompensując mu w ten sposób brak ojca. Opieka psychologa szkolnego pomogła kobiecie odnaleźć porozumienie z nauczycielami oraz przyczyniła się do większego zaangażowania włączenia syna w życie społeczne.

Dziecko z zaburzeniami psychicznymi musi być poddane również odpowiedniej opiece lekarskiej, ale i również pedagogicznej i pielęgniarskiej. Zespół nauczycieli pracujących w szkole z chłopcem sprawował opiekę nad dzieckiem w czasie edukacji oraz współpracował z pielęgniarką szkolną. Współpraca polegała na ustaleniu planu postępowania nad dzieckiem podczas napadu padaczki czy nasilających się stanów agresji lub lęku. Pielęgniarka szkolna udzielała wsparcia nauczycielom z zakresu wiedzy na temat pierwszej pomocy w sytuacjach napadów epilepsji oraz czuwała nad bezpieczeństwem dziecka podczas szkolnych akademii lub uroczystości. Zadaniem pielęgniarki szkolnej była również edukowanie matki na temat zachowania jej syna, sprawowania opieki nad dzieckiem. Pielęgniarka szkolna uświadomiła przede wszystkim matkę, że opieka nad dzieckiem chorym może prowadzić do stanów zmęczenia, bezsilności oraz poczucia, że zasoby emocji osoby opiekującej się chorym członkiem rodziny zostały znacznie uszczuplone. Osoba taka może czuć się zmęczona, cierpieć na bezsenność czy drażliwość oraz bóle głowy. Zadaniem pielęgniarki szkolnej było ukazanie matce sposobów radzenia sobie z przewlekłym stresem, umiejętności korzystania z czasu wolnego dla siebie w sytuacji kiedy w domu przebywają nauczyciele sprawujący opiekę nad dzieckiem w trakcie edukacji. Działania pielęgniarki szkolnej pozwoliły matce w ciągu tygodnia kiedy dziecko przebywała na zajęciach znaleźć czas wolny dla siebie w celu ustabilizowania swoich emocji oraz napięcia związanego ze stałą opieką nad chłopcem. Kluczową rolę opieki na dzieckiem chorym na zaburzenie psychiczne odegrała współpraca pielęgniarki szkolnej z zespołem nauczycieli. Porady dotyczące zapewnienia spokoju podczas zajęć, unikania sytuacji, które są stresujące dla chłopca ora zwracanie szczególnej uwagi na jego stan emocjonalny oraz psychiczny przyczyniły się do złagodzenia stanów agresji oraz lęków. Działania nauczycieli nastawione były na odpowiednie zorganizowanie zajęć szkolnych, modulowanie głosem, tak aby chłopiec czuł się na zajęciach bezpiecznie, ważnym elementem było aby zajęcia edukacyjne w ciągu roku szkolnego były prowadzone przez tych samych nauczycieli, co zapewniło chłopcu większe poczucie bezpieczeństwa oraz pozwoliło zmniejszyć stany lękowe u chłopca.

Uczestnictwo chłopca podczas uroczystości szkolnych było dla chłopca oraz jego matki silnym stresem, ponieważ pojawiające się napady epilepsji lub zaburzenia zachowania były nieakceptowane wśród społeczności szkolnej. Zespół nauczycieli i pielęgniarka szkolna zorganizowali dla rodziców w szkole spotkanie edukacyjne w celu wyjaśnienia problemu choroby, jej skutków. Duży udział pielęgniarki szkolnej w tym spotkaniu wspomógł nauczycieli, którzy starali się zmienić podejście i świadomość innych rodziców na temat zaburzeń psychicznych u dzieci. Starali się pokazać i uświadomić innych rodziców, iż dzieci chore również pragną być akceptowane w społeczeństwie, że ważnym elementem jest okazanie wsparcia dzieciom i ich rodzinom, tak żeby nie czuli się osamotnieni ze swoimi problemami. Przeprowadzona rozmowa z rodzicami w szkole był uzgodniona wcześniej z matką chłopca, ponieważ to ona podjęła decyzję o tym, iż chce poinformować również inne osoby o chorobie i wyjaśnić zachowania syna, które wzbudzają u innych dzieci zaskoczenie. Nauczyciele starali się również dostosowywać tok nauczania, możliwości ucznia do jego potrzeb. Pracowali w oparciu o pozytywne wzmocnienia, pochwały, nagradzania tak żeby zniwelować stres u dziecka a zwiększyć jego samoocenę. Poszczególni nauczyciele zwiększali również wymagania wobec chłopca jednak z zachowaniem szczególnej ostrożności, aby chłopiec nie czuł się zbyt niepewnie w osiąganiu nowych umiejętności. Ważnym elementem było również wspieranie chłopca, motywowanie go do podejmowania działań. Pielęgniarka szkolna podczas pobytu chłopca w szkole kontrolowała przyjmowanie przez chłopca leki ustalone przez lekarza, a także monitorowała jego zachowania względem innych osób. Poszczególni nauczyciele, jak i pedagog szkolny współpracowali nawzajem obserwując zachowania chłopca w środowisku szkolnym. Sprawując opiekę nad dzieckiem chorym w szkole należy uwzględnić odpowiednie zapewnienie współpracy między nauczycielami, pielęgniarką szkolną oraz pedagogiem. Poprzez współpracę oraz koordynację zadań możliwe jest zabezpieczenie ucznia przed niepotrzebnym stresem oraz stanami lękowymi.

Dyskusja

Termin psychoza oznacza poważne zakłócenie funkcji psychicznych na przykład jak: postrzeganie otoczenia i samego siebie, myślenia, oceny rzeczywistości, przeżywania, wyrażania emocji. Osoba, która choruje na psychozę bardzo często zdarza się, ze nie jest w stanie w sposób prawidłowy i adekwatny ocenić, co się dzieje wokół niej, zdarza się bardzo często, iż działa w sposób chaotyczny oraz mało przewidywalny. Psychoza jest zaburzeniem, które wymaga interwencji lekarza, który podejmie odpowiednie leczenie. Najpoważniejszym zaburzeniem przebiegającym z objawami psychozy jest schizofrenia. Schizofrenia jest przewlekłą chorobą o zróżnicowanym obrazie, która dosięga przeważnie młodych ludzi. Należy jednak pamiętać o tym, iż schizofrenię można rozpoznać już w okresie dojrzewania, jak i również u dzieci [1,2,3]. Schizofrenia występująca u dzieci charakteryzuje się różnorodnością objawów, tak samo jak i u dorosłych. U dzieci chorych na schizofrenie można zauważyć objawy pozytywne, negatywne, jak i również objawy dezorganizacji psychicznej, zaburzeń funkcji poznawczych, nastroju, jednak ich manifestacja czasami różni się i jest inna niż u dorosłych. Do objawów pozytywnych czyli inaczej wytwórczych - doznań prowadzących do nieprawidłowej lub fałszywej oceny rzeczywistości, możemy tutaj wyróżnić: halucynacje, które powodują, iż dziecko może widzieć przedmioty, sceny, postacie; omamy wzrokowe, głosy, śmiechy które w rzeczywistości nie występują. Rzadziej natomiast mamy do czynienia z omamami węchowym i lub czuciowymi, których przyczyna w rzeczywistości nie występuje. Dziecko, które doznające omamów jest przekonane, że są one prawdziwe i nie potrafi że to, co widzi lub słyszy w rzeczywistości nie występuje. Urojenia fałszywe, które nie mają pokrycia w rzeczywistości, dziecko przeżywa jako

prawdę i trudno jest mu wytłumaczyć, że rzeczywistość wygląda inaczej. Urojenia stwierdza się już u dzieci od 6-7 roku życia [2,5]. Na początku są one krótkotrwałe, a ich treści są zazwyczaj proste. U starszych jednak dzieci urojenia przyjmują już bardziej złożony, trwały charakter. Najczęściej u dzieci występują urojenia ksobne, wówczas to, dziecko twierdzi, że wszyscy na niego patrzą i o nim rozmawiają. Występują również urojenia prześladowcze, kiedy to dziecko uważa, iż inne osoby chcą wyrządzić mu krzywdę, śledzą go, podsłuchują. Urojenia hipochondryczne powodują, iż chory uważa że organizm jego nie funkcjonuje w sposób prawidłowy oraz urojenia dysmorfofobiczne, kiedy dziecko ma poczucie, iż jego własne ciało zmienia się lub ulega zniekształceniu [1,5].

U dzieci do szóstego roku życia nie występują urojenia, dlatego gdyż ich procesy myślowe nie są jeszcze dojrzałe. Natomiast można już zaobserwować nieprawidłowości w postaci przeżywania rzeczywistości lub identyfikowanie się z przedmiotami, zwierzętami czy na przykład nieodróżnianie fantazji i snów od rzeczywistości. Dezorganizacja psychiczna, która występuje dotyczy stanu chaosu i rozregulowania funkcji psychicznych. U dziecka można zaobserwować zaburzenia zdolności poznawczych, gdzie dziecko łatwo się rozprasza, występują problemy z przypominaniem sobie na przykład zdarzeń. Dziecko takie napotyka na ogromne problemy w nauce w szkole. Dla schizofrenii dziecięcej często charakterystyczne są: nasilenie lęku, którego nie udaje się ukoić i tak naprawdę nie ma rzeczywistej przyczyny jego powstawania, występują bujne fantazje o dziwnych treściach, nawet przerażających, agresywnych, a także makabrycznych, można zauważyć zaabsorbowanie dziecka jego wewnętrznymi przeżyciami, co powoduje, że nie zwraca uwagi na otaczający go świat [3,5]. W schizofrenii dziecięcej niejednokrotnie zdarza się występowanie natręctw. U dzieci schizofrenia rozwija się powoli oraz skrycie. Często u dziecka obserwuje się pogorszenie na przykład wyników w nauce czy niechęć do przebywania wśród rówieśników może wystąpić osłabienie relacji z najbliższymi jak na przykład z matką oraz przygnębienie, apatia. Od okresu pojawienia się pierwszych objawów do chwili rozwinięcia ich pełnego obrazu może minąć nawet do 5 lat.

Schizofrenia u dzieci ma przewlekły przebieg, co oznacza że nie pojawiają się okresy bezobjawowe. Przyczyny schizofrenii u dzieci są złożone. Do zachorowania może dojść w wyniku wspólnego działania biologicznych czynników jak zmian zachodzących w budowie anatomicznej mózgu czy nieprawidłowego działania neuroprzekaźników, genetycznych czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania w momencie gdy na schizofrenię choruje członek rodziny bądź bliski krewny, a także czynniki psychogenne oraz środowiskowe. U dzieci chorych na schizofrenię ważną rolę odgrywają również czynniki neurorozwojowe czyli nieprawidłowości, które występują w budowie i funkcjonowaniu mózgu. Zaliczamy do nich: cechy nadpobudliwości, słabą koordynację ruchów, opóźniony rozwój mowy i rozwój intelektualny, opóźniony rozwój psychoruchowy już w okresie niemowlęcym, slaby kontakt emocjonalny z dzieckiem [4,2,6]. Schizofrenie u dziecka rozpoznaje się na podstawie zebranego przez lekarza psychiatrę wywiadu zebranego od opiekunów dziecka oraz na podstawie badania psychiatrycznego W przypadku występowania ostrych objawów psychotycznych u dziecka zebranie wywiadu może stać się niemożliwe ze względu na utrudnieniem nawiązania kontaktu logicznego. Lekarz czasami posługuję się również obserwacją zebraną od innych osób jak nauczycieli, wychowawców. U dzieci tak samo jak i u dorosłych stosuje się te same kryteria diagnostyczne. Uzupełnieniem badania psychiatrycznego może być również stosowanie różnych kwestionariuszy i skal oceny nasilenia objawów [4,5,6].

Podstawową metodą leczenia schizofrenii występującej u dzieci jest zastosowanie leków, a także oddziaływań terapeutycznych. Są one ważne w przypadku nasilonych objawów,

których nie da się prowadzić bez ustabilizowania stanu psychicznego dziecka za pomocą leków. Ostre, czy nasilone objawy często wymagają hospitalizowania szpitalnego. Cel leczenia jest nastawiony na zmniejszenie nasilenia lub braku objawów oraz umożliwienie dziecku w miarę możliwości prawidłowego rozwoju, czy uzyskanie niezależności. Nawet po ustąpieniu objawów dziecko nadal musi kontynuować zażywanie leków w celu utrzymania stabilnego stanu. Dodatkowym uzupełnieniem farmakoterapii u dziecka może być również psychoedukacja dziecka, jego rodziców czy zapewnienie im odpowiednich informacji na temat objawów czy sposobów leczenia choroby, jaki również oddziaływania terapeutyczne, psychoterapię indywidualną, terapię grupową, terapię rodzinną, treningi umiejętności społecznych, terapię zajęciową [1,3,4]. Należy pamiętać, iż choroba zaburza nie tylko funkcjonowanie dziecka, ale i również jego rozwój intelektualny czy emocjonalny i społeczny. Chłopiec w okresie nasilenia stanów leczony jest w szpitalu psychiatrycznym. Zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii pozwala na złagodzenie stanów, objawów schizofrenii. Leczenie chłopca nie odbywa się tylko i wyłącznie poprzez farmakoterapię, ale także stosowana jest psychoterapia, socjoterapia oraz rehabilitacja. Dziecko uczestniczy w społeczności terapeutycznej, zastosowane są elementy psychoterapii indywidualnej i grupowej, arteterapia oraz muzykoterapia.

Chłopiec znajduje się pod opieką specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznej, gdzie na podstawie orzeczenia zastosowano indywidualne nauczanie na terenie domu, aby ograniczyć stany napięciowe oraz lękowe u chłopca. Również nauczyciele prowadzący lekcje z chłopcem na terenie domu, dobierają najkorzystniejsze formy nauczania, tak aby chłopiec mógł uczestniczyć w pełni w zajęciach edukacyjnych i czerpać z nich jak największą wiedzę. Matka chłopca korzysta również z pomocy pedagogicznej oraz psychologicznej szkoły. Dzięki odpowiedniemu przekazaniu informacji przez lekarzy, psychologów oraz pedagogów w większym stopniu rozumie zachowania syna. Matka zgadza się na uczestniczenie swojego syna w życiu społecznym oraz nie próbuje już w tak dużym stopniu izolować go od rówieśników. Praca z dzieckiem chorym na schizofrenię paranoidalną wymaga dużego zaangażowania ze strony matki, lekarzy oraz pedagogów.

Chłopiec oprócz zaburzenia psychicznego choruje również na padaczkę, co stanowi również kolejny problem dotyczący jego stanu zdrowotnego. Padaczka nie jest jednostką chorobową odrębną. W ten sposób określa się tak zespół objawów, który towarzyszy wielu schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Objawy spowodowane są zazwyczaj nadmiernymi wyładowaniami neuronów oraz nieprawidłowym rozprzestrzenianiem się w mózgu pobudzenia [7,8]. Padaczka cechuje się napadami padaczkowymi, którym zazwyczaj towarzyszą objawy somatyczne, wegetatywne, a także psychiczne. Każdorazowe rozpoznanie padaczki musi być poprzedzone na wnikliwie przeprowadzonym wywiadzie płodowo-okołoporodowym, dlatego gdyż bardzo istotne jest otrzymanie opisu samego napadu. Należy pamiętać, iż nie można pominąć rozmowy z dzieckiem, które, może dostarczyć wielu ważnych lekarzowi informacji, oczywiście rozmowa z pacjentem jest możliwa wówczas gdy mamy zachowany kontakt słowno-logiczny. W przypadku rozpoznania padaczki stosowane są również dodatkowe badanie takie jak: EEG (elektorencefalografia), CT (tomografia komputerowa), MRI (rezonans magnetyczny), badanie psychologiczne [7,9].

Padaczka należy do chorób przewlekłych, objawami są napady o różnym przebiegu, które występują w różnych momentach i nie można do końca ich przewidzieć. Istnieje jednak szereg czynników, które mogą przyczynić się u niektórych pacjentów do napadów padaczkowych, a zaliczamy do nich: infekcje, niesystematyczne leczenie, intensywne oddychanie, pozbawienie snu, zdenerwowanie. Padaczkę leczy się za pomocą środków farmakologicznych. Zastosowanie leków u dziecka powinno być poprzedzone ustalonym

rozpoznaniem padaczki, jego rodzaju. W celu ustalenia przeprowadza się wywiad okołoporodowy, wywiad dotyczący rozwoju psychoruchowego dziecka oraz przebiegu klinicznych napadów. Wykonywane są również badania neurologiczne, psychologiczne, a czasami również i psychiatryczne, wykonuje się również i analizuje zapis EEG [7,8,10].

Dzieci chore na schizofrenię i padaczkę w okresie szkolnym są narażone na wykluczenie społeczne, ze względu na odmienność w swoim zachowaniu, niską wiedzę rodziców innych dzieci na temat zaburzeń psychicznych. Dzieci niejednokrotnie chcą być izolowane przez rodziców, co potęguję stany napięcia, lęki dzieci w przyszłości. Rodzice przezywają silny stres związany z chorobą dziecka [11,12]. Dużą rolę w rozumieniu zagadnienia zaburzeń psychicznych i uświadomieniu rodziców o problemach ich dzieci stanowią poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz psycholog lub pedagog szkolny, a także nauczyciele współpracujący z dziećmi. Najważniejszą rolę odgrywać powinna edukacja społeczeństwa poprzez akcje społeczne, kampanie, które będą uświadamiać społeczeństwo o zaburzeniach psychicznych wśród dzieci, umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także przełamywaniu barier izolacji społecznej. Ważną kwestię odgrywa również współpraca między pielęgniarką szkolną, nauczycielami, pedagogiem, a rodzicami dziecka chorego na zaburzania psychiczne. Odpowiednia koordynacja zadań pomiędzy tymi osobami pozwali zapewnić dziecku jak najlepszą opiekę podczas edukacji szkolnej.

Wnioski

Schizofrenia paranoidalna, na którą chorują również dzieci jest zagadnieniem szeroko opisywanym w literaturze fachowej. Opisane zostały nie tylko objawy, częstotliwość występowania choroby w okresie dziecięcym, ale i również wskazówki dotyczące radzenia sobie z dzieckiem chorym na zaburzenie psychiczne dla rodziców i nauczycieli. Leczenie dzieci z zaburzeniami odbywa się nie tylko za pomocą farmakoterapii, ale i również za pomocą metod terapeutycznych [11,13,14]. Ważną rolę odgrywa edukacja rodziców na temat schorzenia ich dzieci, umiejętność radzenia sobie z nasileniami choroby, jak i również umiejętność radzenia sobie z dzieckiem, jego edukacją i funkcjonowaniem w życiu społecznym. Dzieci z zaburzeniami psychicznymi stanowią duże wyzwanie nie tylko dla lekarzy, ale i również dla nauczycieli. Przekazywanie informacji, które pozwolą przezwyciężyć rodzicom stres, jaki napotykają w związku z chorobą swoich dzieci nie należą tylko do kompetencji lekarzy, ale w dużym stopniu do nauczycieli [4,5,10].

Dzieciom z zaburzeniami psychicznymi bardzo trudno odnaleźć jest się w społeczeństwie. Szkoły podejmują działania mające na celu niwelowanie barier, jednak nadal w małych miejscowościach występuję brak zrozumienia i tolerancji nie tylko ze strony dzieci, ale i również rodziców tych dzieci. Kluczową rolę powinna odgrywać edukacja, która zapewni większe zrozumienie problemu zaburzeń psychicznych wśród dzieci.

Bibliografia / Bibliography:

1. Kępiński A. Schizofrenia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001: 15-32.

2. Namysłowska J. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2004: 211-345.

3. Bodura-Madej W., Bratnik E. Psychiatria dzieci i młodzieży. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2012: 220-300.

4. Namysłowska J. Dziecko z zaburzeniami psychotycznymi w szkole. ORE. Warszawa 2010: 10-19.

5. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2006; 15(3): 136—140.

6. Obrębska M. Styl mówienia w schizofrenii. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013: 34-45.

7. Dunin-Wąsowicz D. Padaczka i inne zaburzenia napadowe u dzieci. Medical Tribune. Warszawa 2013: 86-110.

8. Jędrzejczak J. Padaczka. Wydawnictwo Czelej. Lublin, 2006: 12-20.

9. Jędrzejczak J. I Ty możesz zachorować na padaczkę. TacyJakJa.pl. 2012:34-50.

10. Steinborn B. Leczenie padaczki u dzieci i młodzieży. Wyd. Termedia. Poznań 2011:101-131.

11. Ciałkowska-Kaźmińska N. Potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi, a obciążenia opiekunów. Akademia Medyczna. Wrocław 2011.

12. Werz M., A., Pita I., L. Zespoły padaczkowe. Wyd. Medyczne Urban &Partner. Wrocław 2013: 23-37.

13. Anczewska M., Roszczyńska-Michta J. O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2007: 67-81.

Artykuły poglądowe/Review

Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu **3(1)/2016**
ISSN 2451-1846
DOI: http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2016.018

Karolina Filipska[1]
[1] Interdisciplinary Scientific Society of Geriatrics, Collegium Medicum Nicolaus Copernicus University, Torun, Poland

Padaczka - choroba społeczna XXI wieku

Epilepsy - the Social Disease of the 21st Century

Streszczenie

Padaczka uznawana jest za jedną z najstarszych znanych pierwotnych chorób neurologicznych. Wiodącym jej elementem są powtarzalne incydenty występowania nagłych zaburzeń elektrochemicznych określonych komórek nerwowych w mózgu. Charakteryzuje się ją także nieodłącznie z napadem drgawkowym oraz z wysokim ryzykiem nawrotu napadu. Padaczka dotyczy około 50 milionów pacjentów na całym świecie. Stanowi ona niejednorodną grupę zaburzeń, dlatego też zebranie dokładnych danych epidemiologicznych bywa trudne. W Polsce szacuje się, że blisko 300-400 tyś. osób cierpi na tą jednostkę chorobową. Wiodącą rolą stosowanych leków przeciwpadaczkowych jest hamowanie drgawek oraz kontrola ich napadów. Głównym kryterium charakteryzującym te leki jest podnoszenie progu drgawkowego. Wybór środków farmakologicznych jest zależny od typu napadów i zespołów padaczkowych. U osób z padaczką czasami dochodzi do występowania nagłej niespodziewanej śmierci (SUDEP).

Abstract

Epilepsy is considered one of the oldest known original neurological diseases, and its most characteristic feature are repeated incidents of sudden disorders of electrochemical nerve cells in the brain. Inherently, it is also related to seizures and high risk of the reoccurrence of the seizure. Epilepsy affects about 50 million patients worldwide. It is a heterogeneous group of disorders, thus collecting any accurate epidemiological data may come as a great difficulty. It is estimated that nearly 300-400 thousand people suffer from this disease. The most significant role ascribed to antiepileptic drugs is the inhibition of seizures and control of seizures. The main criterion for characterizing these drugs is increasing the threshold for seizures. The choice of pharmaceuticals is preconditioned by the type of seizures and epileptic syndromes. In case of people with epilepsy the prevalence of sudden unexpected death (SUDEP)may sometimes occur.

Słowa kluczowe: padaczka, nagła niespodziewana śmierć, choroba społeczna.

Key words: epilepsy, sudden unexpected death, social disease.

Wstęp

Padaczka uznawana jest za jedną z najstarszych znanych chorób neurologicznych. Charakteryzowana jest jako pierwotna choroba mózgu. Jej wiodącą istotą jest występowanie nagłych zaburzeń elektrochemicznych określonych komórek nerwowych w mózgu. Schorzenie to dotyczy około 50 milionów pacjentów na całym świecie [1]. Chorzy na padaczkę zmuszeni są

do radzenia sobie z wieloma problemami kreowanymi przez to schorzenie. W konsekwencji doprowadza to do znacznego obniżenia ich jakości życia. W badaniach przeprowadzonych przez Sorge i wsp. [2] wykazano, iż rozpowszechnienie depresji wśród osób z padaczką wynosi 14,8%. W badaniach przeprowadzonych przez Espinosa i wsp. [3] wśród osób chorych na epilepsję również odnotowano znaczny spadek jakości życia. Wynika ona głównie z współwystępowania z padaczką depresji oraz z senności w ciągu dnia. Chorym często towarzyszy lęk przed napadami. Ograniczają oni życie towarzyskie oraz borykają się z problemami na tle społecznym, jak np. praca, rodzina, sytuacja materialna. Czują się bezsilni i ograniczeni we własnym ciele. Niezwykle istotna, w dobie zwiększającej się ilości zachorowań na padaczkę, staje się edukacja społeczeństwa na temat tego schorzenia [4].

Definicja i postacie choroby

Padaczka definiowana jest jako zespół objawów, ściśle związanych z zaburzeniami czynnościowymi mózgu. Wiodącym jej elementem są powtarzalne incydenty objawów często powiązanych z utratą lub zaburzeniami świadomości. Charakteryzuje się ją także nieodłącznie z napadem drgawkowym oraz z wysokim ryzykiem nawrotu napadu (czyli 60% lub większe prawdopodobieństwo) [5]. Uważana jest za jedną z najstarszych poznanych chorób przewlekłych. Występuje ona w formie licznych postaci klinicznych, dlatego często stanowi problem diagnostyczny [6]. Napad padaczkowy z kolei definiowany jest jako przemijające zaburzenie fizjologiczne mózgu, pojawiające się z powodu wzmożonych wyładowań skupisk komórek nerwowych. W trakcie jego trwania pojawiają się objawy wegetatywne, somatyczne oraz psychiczne lub połączenie w/w objawów [7]. Komisja ds. Klasyfikacji i Terminologii Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej zaproponowała podział etiologiczny obejmujący trzy podtypy: metaboliczne, genetyczne oraz o nieznanej etiologii. Podtypy te dotyczą zarówno zespołów w których występują napady częściowe, uogólnione jak i o symptomatologii mieszanej. Wśród napadów uogólnionych wyróżniamy: napady nieświadomości, mioklonicznе, atoniczne, toniczno-kloniczne, toniczne i kloniczne, pierwotne uogólnione, wtórnie uogólnione. Napady częściowe zaś dzielimy na proste, z objawami ruchowymi, z objawami czuciowymi lub zmysłowymi, z objawami autonomicznymi, z objawami psychicznymi oraz napady złożone [8]. Jednym z podstawowych kryteriów służących do rozpoznania padaczki jest wystąpienie przynajmniej dwóch napadów [9]. W diagnostyce tego schorzenia konieczne jest zatem przeprowadzenie dokładnego wywiadu, badań biochemicznych, neuropsychiatrycznych oraz badań obrazowych. Niezbędne jest także przeprowadzenie elektroencefalografii (EEG). Obecność wykrytych zmian napadowych w EEG koreluje ze wzmożoną powtarzalnością napadów [10]. W badaniu przeprowadzonym przez Leitinger i wsp. [11] wśród 220 pacjentów uznano badanie EEG za wysoko dokładną metodę diagnostyczną. Wprowadzane nowoczesne metody i postęp technologii nie pozwalają jeszcze na rozpoznanie etiologii padaczki. U blisko 65-75% chorych etiologia tego schorzenia pozostaje nieznana [12]. W znacznej części przyjmuje się, iż główną przyczyną padaczki są zmiany naczyniopochodne w mózgu. Zmiany te w głównej mierze dotyczą osób w podeszłym wieku. Za pozostałe czynniki wpływające na występowanie napadów padaczkowym uznaje się choroby zwyrodnieniowe mózgu, guzy mózgu, przebyte urazy głowy oraz zakażenia ośrodkowego układu nerwowego. Szacuje się, iż za blisko 1,5% przyczyn padaczki odpowiadają czynniki toksyczne takie jak np. alkohol oraz niektóre zaburzenia metaboliczne np. mocznica [9,13].

Epidemiologia

Padaczka dotyczy około 50 milionów pacjentów na całym świecie. Stanowi ona niejednorodną grupę zaburzeń, dlatego też zebranie dokładnych danych epidemiologicznych bywa trudne. Aktualne systemy klasyfikacji oraz diagnostyka uzależnione są od lokalnych zwyczajów i kultury [14]. Niedostateczna liczba badań epidemiologicznych wynika głównie też z faktu prowadzenia badań wśród małych grup populacyjnych. Według wielu autorów częstość występowania padaczki wynosi od 9,9 do 41/100 tys./rok. Największa liczba zachorowań odnotowywana jest wśród dzieci oraz osób w podeszłym wieku [15]. Rozpowszechnienie padaczki opisuje się na poziomie 1000/100 tys. osób. Przyjmuje się, że padaczka występuje u około 1% populacji. W Polsce szacuje się, że blisko 300-400 tys. osób cierpi na tą jednostkę chorobową [16]. Podane dane nie odzwierciedlają skali problemu, ponieważ nie odnoszą się do jednego napadu padaczkowego, który często występuję w okresie całego życia [17].

Leczenie

Wiodącą rolą stosowanych leków przeciwpadaczkowych jest hamowanie drgawek oraz kontrola ich napadów. Głównym kryterium charakteryzującym te leki jest podnoszenie progu drgawkowego [18]. Wybór środków farmakologicznych jest zależny od typu napadów i zespołów padaczkowych [19]. Obecnie do najczęściej zażywanych leków stosowanych w leczeniu padaczki zaliczamy: kwas walproinowy (VPA), karbamazepinę (CBZ), fenobarbital (PB), fenytoinę (DPH) oraz leki z grupy benzodwuazepiny [20]. W leczeniu padaczki dużą uwagę poświęca się zwłaszcza osobom starszym. W związku ze zmianami obserwowanymi w strukturze demograficznej społeczeństwa liczba pacjentów powyżej 65 r.ż. progresywnie wzrasta. Statystycznie wzrasta również liczba osób z rozpoznaną padaczką. U osób starszych drgawki występują z nietypowymi objawami, co powoduje, że postawienie prawidłowej diagnozy staje się coraz trudniejszym wyzwaniem. U pacjentów w podeszłym wieku mogą wystąpić wzmożone działania niepożądane leków przeciwpadaczkowych w porównaniu z chorymi młodszych kategorii wiekowych. U seniorów często także obserwowane jest zjawisko polipragmazji. Dochodzi też do interakcji między zażywanymi lekami i wówczas prowadzi to do zahamowania działań stosowanych preparatów [21]. W badaniach przeprowadzonych przez Brunn i wsp. [22] wśród 529 pacjentów w wieku 65 lat i powyżej oceniono skuteczność wstępnego leczenia przeciwpadaczkowego (AED) w monoterapii z nowo rozpoznaną padaczką. Zauważono, iż rokowanie występowania napadów padaczki jest dobre, a większość pacjentów może być skutecznie leczona już przy pierwszym zastosowaniu AED. Oszacowano, iż prawdopodobieństwo wystąpienia remisji ≥2 lat wynosi 83%, natomiast ≥5 już 79%. Aktualne prowadzone są również badania nad nową formą leczenia tego schorzenia poprzez stosowanie przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS). Metoda ta polega na pobudzaniu bądź zahamowaniu neuronów, poprzez wytwarzanie powtarzających się impulsów o niskiej częstotliwości. Działanie to opiera się na prawie indukcji elektromagnetycznej. Prowadzone badania wykazuję istotnie statystycznie zmniejszenie częstości napadów o ok. 72-78,9%. Nadal kontynuowane są badania oceniające skuteczność tej metody i uzyskiwanych przez nią wyników [23]. W leczeniu padaczki zespół terapeutyczny często boryka się z problemem nie przestrzegania zaleceń lekarskich i nie przyjmowania regularnie przepisanych leków przez pacjentów. Takie postępowanie stanowi wyzwanie dla pomyślnego procesu leczenia padaczki. Wiele przeprowadzonych badań wykazało, że regularne przyjmowanie leków przeciwpadaczkowych znacznie zmniejsza częstość występowania napadów i pozwala na ich kontrolę [24].

Nagła niespodziewana śmierć w padaczce

Nagła niespodziewana śmierć w padaczce (SUDEP) opisywana jest jako niespodziewana i nagła, niepowiązana z żadnym urazem śmierć u chorych na padaczkę, u których przeprowadzona sekcja zwłok nie stwierdziła toksykologicznych i organicznych przyczyn zgonu [25]. Częstość jej występowania szacuje się na blisko 9/1000 pacjentów [26]. Inne prowadzone badania wykazują częstotliwość SUDEP na poziomie 0,35 przypadków/1000 osób. U pacjentów z przewlekłą padaczką częstość występowania SUDEP jest znacznie większa i wynosi około 1-2/1000 osób, natomiast u osób z ciężkimi napadami szacuje się na blisko 3-9/1000 osób. Najwyższe wskaźniki liczebności SUDEP wskazują na wzmożoną częstość występowania tego zjawiska wśród chorych między 20 a 40 r.ż. [27]. W badaniu przeprowadzonym przez Zhanga i wsp. [28], wyróżniono trzy główne prawdopodobne czynniki ryzyka SUDEP tj. wczesny wiek występowania drgawek, wysoka częstość występowania drgawek przed rozpoczęciem regularnego leczenia oraz doświadczenie jednego lub więcej napadu padaczkowego w ciągu miesiąca. Nagła niespodziewana śmierć w padaczce występuje statystycznie częściej u pacjentów z napadami toniczno-klonicznymi [27]. Według wielu badań istotnym aspektem w zapobieganiu SUDEP staje się nocna kontrolna stanu zdrowia chorego na padaczkę oraz eliminowanie samotności. W metaanalizie przeprowadzonej przez Maquire i wsp. [29], również zwrócono uwagę na konieczność nocnego nadzoru chorego na padaczkę. Chociaż występowanie SUDEP ma pewne czynniki ryzyka jest nieoczekiwanym i bardzo traumatycznym wydarzeniem. Ciągle brakuje skutecznych metod zapobiegania. W związku z tym warto zwrócić uwagę na modyfikowalne czynniki ryzyka oraz edukację chorych i ich rodzin. Należy zwiększać świadomość społeczeństwa na temat możliwości wystąpienia SUDEP nawet w najmniej oczekiwanym momencie [30]. W badaniu przeprowadzonym przez Ramachandran Nair i wsp. [31], wśród 27 osób pogrążonych w żałobie z powodu śmierci krewnego (rodzica, rodzeństwa, małżonka lub dziecka) w wyniku SUDEP prawie wszyscy respondenci wskazali na konieczność prowadzenia dyskusji na temat SUDEP. Badani zwrócili uwagę na częsty brak informacji ze strony personelu medycznego na temat możliwości wystąpienia SUDEP. Przy omawianiu tego zjawiska, według respondentów należy zwrócić uwagę na czynniki ryzyka, możliwość stosowania strategii zapobiegawczych oraz na rzadkość występowania tego śmiertelnego incydentu. SUDEP jest trudnym tematem dla personelu medycznego i wyraźnie jeszcze większą barierą, aby omówić go z pacjentami i ich opiekunami. Istotna staje się także optymalizacja leczenia padaczki, która prawdopodobnie może uniemożliwić niektóre ze zgonów SUDEP [32]. Konieczne są dalsze badania nad występowaniem tego zjawiska wśród chorych [27].

Wnioski

1. Padaczka należy do najczęstszych chorób neurologicznych występujących wśród społeczeństwa i dotyka blisko 1% Polaków.
2. Farmakoterapia tego schorzenia jest wieloletnim i skomplikowanym procesem. Stanowi wyzwanie zwłaszcza wśród osób w podeszłym wieku, u których występują inne choroby współistniejące oraz wielolekowość.
3. U osób z padaczką czasami dochodzi do występowania nagłej niespodziewanej śmierci. Chociaż jej wystąpienie często wiążę się z pewnymi czynnikami ryzyka i jest wydarzeniem nieoczekiwanym i traumatycznym.
4. Istnieje konieczność potrzeby zwiększania wiedzy i świadomości na temat epilepsji oraz możliwości wystąpienia w jej przebiegu nagłej niespodziewanej śmierci.

Bibliografia / Bibliography:

1. Ernst L.D., Boudreau E.A. Recent advances in epilepsy management. Curr Opin Anaesthesiol. 2016;29(5):558-566.

2. Sorge S.T., Hesdorffer D.C., Phelan J.C. Depression and genetic causal attribution of epilepsy in multiplex epilepsy families. Epilepsia. 2016 Aug 25. doi: 10.1111/epi.13500.

3. Espinosa Jovel C.A., Ramírez Salazar S., Rincón Rodríguez C., Sobrino Mejia F.E. Factors associated with quality of life in a low-income population with epilepsy. Epilepsy Res. 2016;127:168-174.

4. McCagh J., Fisk J.E., Baker G.A. Epilepsy, psychosocial and cognitive functioning. Epilepsy Research. 2009;86:1–14.

5. St Louis E.K., Cascino G.D. Diagnosis of Epilepsy and Related Episodic Disorders. Continuum (Minneap Minn). 2016;22:15-37.

6. Piazzini A., Canevini M.P., Maggiori G., Canger R. The perceptron of memory failures in patients with epilepsy. Eur J Neurol. 2001;8:613.20.

7. Pittau F., Korff C.M., Nordli D.R. Jr. Epileptic spasms in epilepsy with myoclonic-atonic seizures (Doose syndrome). Epileptic Disord. 2016;18(3):289-96.

8. Berg A.T., Berkovic S.F., Brodie M.J., i wsp. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005–2009. Epilepsia. 2010;51:676–685.

9. Jędrzejczak J. Padaczka. W: Kozubski W., Liberski P. (red.). Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

10. Sirven J.I. Antiepileptic drug therapy for adults: when to initiate and how to choose. Mayo Clin Proc. 2002;77:1367–1375.

11. Leitinger M., Trinka E., Gardella E., i wsp. Diagnostic accuracy of the Salzburg EEG criteria for non-convulsive status epilepticus: a retrospective study. Lancet Neurol. 2016; 15 (10):1054-62.

12. Hauser A.W., Annegers J.F., Kurland L.T.: Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota:1935–1984. Epilepsia. 1993;34(3):453-468.

13. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B. i wsp. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. Epilepsia. 2006;47:1094–1120.

14. Behr C., Goltzene M.A., Kosmalski G., Hirsch E. Ryvlin PRev Neurol (Paris). Epidemiology of epilepsy. 2016;172(1):27-36.
15. Sánchez S., Rincon F. Status Epilepticus: Epidemiology and Public Health Needs. J. Clin. Med. 2016;5(8). pii:E71.doi:10.3390/jcm5080071.

16. Jędrzejczak J. Padaczka. BNP. Lublin 2006

17. Panayiotopoulos C.P. A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment. Springer Healthcare LTD, 2010.

18. Mutschler E., Geisslinger G., Kroemer H.K., i wsp. Mutschler Farmakologia i Toksykologia. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004.

19. Wallace S.J. Epilepsy in cerebral palsy. Developmental Medicine J. Child Neurology. 2001:43:713–717.

20. Jędrzejczak J., Zwoliński P. Nowe leki przeciwpadaczkowe. Fundacja Epileptologii. Warszawa 2000.

21. Motika P.V., Spencer D.C. Treatment of Epilepsy in the Elderly. Curr Neurol Neurosci Rep. 2016;16(11):96.

22. Bruun E., Kälviäinen R., Keränen T. Outcome of initial antiepileptic drug treatment in elderly patients with newly diagnosed epilepsy. Epilepsy Res. 2016;127:60-65.

23. Chen R., Spencer D.C., Weston J., i wsp. Transcranial magnetic stimulation for the treatment of epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(8):CD011025. doi: 10.1002/ 14651858.CD011025.pub2.

24. da Mota Gomes M., Navarro T., Keepanasseril A., i wsp. Increasing adherence to treatment in epilepsy: what do the strongest trials show? Acta Neurol Scand. 2016 doi: 10.1111/ane.12668.

25. Maguire M.J., Jackson C.F., Marson A.G., i wsp. Treatments for the prevention of Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP). Cochrane Database Syst Rev. 2016;7:CD011792. doi: 10.1002/14651858.CD011792.pub2.

26. Surges R., Sander J.W. Sudden unexpected death in epilepsy: mechanisms, prevalence, and prevention. Curr Opin Neurol. 2012;25(2):201-7.

27. Tomson T., Walczak T., Sillanpaa M., i wsp. Sudden unexpected death in epilepsy: a review of incidence and risk factors. Epilepsia. 2005;46(11):54-61.

28. Zhang W.W., Si Y., Chen T., i wsp. Risks of probable SUDEP among people with convulsive epilepsy in rural West China. Seizure. 2016;39:19-23.

29. Maguire M.J., Jackson C.F., Marson A.G., Nolan S.J. Treatments for the prevention of Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP). Cochrane Database Syst Rev. 2016;7: CD011792. doi: 10.1002/14651858.CD011792.pub2.

30. Marin Collazo I.V., Tatum W.O. Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP): Are All Your Patients Informed? Neurologist. 2016;21(4):66-71.

31. Ramachandran Nair R., Jack S.M., Strohm S. SUDEP: To discuss or not? Recommendations from bereaved relatives. Epilepsy Behav. 2016;56:20-5.

32. Aurlien D., Olsen T.R., Taubøll E. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP). Tidsskr Nor Laegeforen. 2016;136(2):131-5.