

**WSA**

WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU  
W ŁOMŻY

**nr 72**

# **ZESZYTY NAUKOWE**

**Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w  
Łomży**

**NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU**

**2018**



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

# Zeszyty Naukowe

**Nr 72**

**NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDROWIU**

Redaktor prowadzący: **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski**

Łomża 2018

## WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA

### RADA NAUKOWA:

**prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. nadzw. dr hab. Roman Engler** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski** (Warszawa), **prof. zw. dr hab. Franciszek Przala** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski** - Politechnika Białostocka, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **dr Krzysztof Janik** - Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, **plk dr hab. Tomasz Kośmider, prof. ASzWoj.** - Akademia Sztuki Wojennej, **prof. dr hab. Šeljuto Bronislava Vasilevna** - Uniwersytet Rolniczy w Mińsku (Białoruś), **dr hab. Gabliowska Nadežda** - IwanoFrankowski Uniwersytet Nafty i Gazu (Ukraina), **prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis** Oddział Rolnictwa i Leśnictwa Litewskiej Akademii Nauk (Wilno – Litwa), **prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko** – Uniwersytet Medyczny w Grodnie, (Grodno – Białoruś), **dr John Mulhern** - Ogród Botaniczny Dublin (Cork – Irlandia), **prof. dr hab. Jan Miciński** – Uniwersytet Warmińsko - Mazurski w Olsztynie, **dr hab. Sławomir Kocira** - Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, **prof. dr hab. Bożena Łozowicka** - Instytut Ochrony Roślin w Poznaniu, **prof. dr hab. Edward Gacek** - Centralny Ośrodek badania Odmian Roślin Uprawnych, **prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets** – Uniwersytet Łódzki, **dr hab. Edward Oczeretko** - Politechnika Białostocka, **prof. zw. dr hab. inż. Przemysław Rokita** – Politechnika Warszawska, **prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski** - Politechnika Białostocka, **prof. dr hab. Waclaw Romaniuk** - Instytut Technologiczno Przyrodniczy w Falentach, **prof. dr hab. Stanisław Benedycki** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski** – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **prof. dr hab. Michał Gnatowski** - Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, **dr hab. inż. Zbigniew Zbytet prof. PIMR** – Przemysłowy Instytut Maszyn Rolniczych, **dr hab. Mariola Grzybowska-Brzezińska** – Uniwersytet Warmińsko - Mazurski w Olsztynie, **dr hab. Agnieszka Brelik** – Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie

### KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor naczelny - **dr inż. Piotr Ponichtera**, Sekretarz - **mgr inż. Jolanta Puczel**, Redaktor statystyczny – **dr hab. Dariusz Załuski**, Redaktor językowy – **mgr Alina Brulińska**, Redaktor językowy – **mgr Irina Kultijasowa (język angielski)**, Redaktor językowy – **mgr Irina Kultijasowa (język rosyjski)**, Redaktor techniczny: **mgr inż. Marek Pawłowski**

### NAUKI MEDYCZNE I NAUKI O ZDOWIU

Redaktor prowadzący: **prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski**

### RECENZENCI

**prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski**

**dr hab. n. med. Tadeusz Moniuszko**

**dr n. o zdr. Alicja Moczydłowska**

**ZESZYTY NAUKOWE  
WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY**

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.  
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

**ISSN 2300-3170**

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży  
Łomża 2017**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości  
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży  
18-402 Łomża, ul. Studencka 19  
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89  
E-mail: [wydawnictwo@wsa.edu.pl](mailto:wydawnictwo@wsa.edu.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>1. Emilia Majewska, Beata Kowalewska</b> Wiedza społeczeństwa na temat przyczyn powstawania i metod zwalczania cellulitu..... 6 <i>Knowledge of society on cause on formation and methods of combating cellulite</i>	6
<b>2. Ewelina Andruczyk, Barbara Jankowiak</b> Postawy społeczeństwa wobec osób ze schorzeniami dermatologicznymi... .. 21 <i>Attitudes of the society to people with dermatological diseases</i>	21
<b>3. Anna Maria Papuga, Mirosława Urban</b> Wpływ łuszczyca na dalsze życie pacjentów hospitalizowanych w oddziale dermatologicznym w latach 2015-2017..... 33 <i>Influence of psoriasis on the further life of patients hospitalized in the dermatological in 2015-2017</i>	33
<b>4. Edyta Molska, Jan Urban</b> Ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu LADA ..... 50 <i>Knowledge assessment of patients about diabetes type LADA</i>	50
<b>5. Marta Marcjanek, Jan Pietruski, Dorota Kukowska</b> Ocena jakości życia pacjentów z zaćmą starczą przed i po operacji metodą fakoemulsyfikacji w piątej dobie po zabiegu ..... 68 <i>Quality assessment of patients life with cataract before and after operation with phacoemulsification in fifth day</i>	68
<b>6. Klaudia Kubat, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz-Woźniak</b> Jakość życia pacjentów po całkowitej wymianie stawu kolanowego ..... 81 <i>Life quality of patients after exchange of knee-joint</i>	81
<b>7. Marzena Chrostowska, Zbigniew Puchalski, Joanna Szwarz-Woźniak</b> Ocena jakości życia rodzin pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej w warunkach domowych..... 96 <i>Quality assessment of patients's families at the period of cancer disease in home conditions</i>	96
<b>8. Zoia Popilevych, Mirosława Urban</b> Częstość występowania chorób cywilizacyjnych wśród studentów KMU Ukrainy i WSA w Łomży ..... 112 <i>The frequency of circulation diseases within KMU Ukraina and WSA in Łomża</i>	112
Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA ..... 125	125
Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA ..... 127	127
Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu ..... 128	128

Załącznik nr 1 -oświadczenieautora .....	129
Załącznik nr 2 - deklaracjakonfliktuinteresów .....	130

**Emilia Majewska<sup>1</sup>, Beata Kowalewska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Absolwentka kierunku Kosmetologia Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

## **WIEDZA SPOŁECZEŃSTWA NA TEMAT PRZYCZYŃ POWSTAWANIA I METOD ZWALCZANIA CELLULITU**

### **KNOWLEDGE OF SOCIETY ON CAUSE OF FORMATION AND METHODS OF COMBATING CELLULITE**

#### **Streszczenie**

Cellulit jest obecnie często spotykanym problemem skórnym. Schorzeniu towarzyszy ból przy dotyku, niejednorodna powierzchnia skóry i obecność podskórnych guzków. Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania i metod zwalczania cellulitu. Materiał do pracy zebrano za pomocą autorskiej ankiety składającej się z 27 pytań. Badaniem objęto 50 osób. Wszyscy biorący udział w badaniu byli mieszkańcami Ostrołęki. Według 28% ankietowanych lipodystrofia pojawia się niezależnie od wieku. Blisko  $\frac{3}{4}$  badanych stwierdziło, że do czynników sprzyjających powstawaniu cellulitu należą: stres, przemęczenie, siedzący tryb życia, otyłość, nadużywanie alkoholu, kawy i papierosów, nieprawidłowe odżywianie.

**Słowa kluczowe:** lipodystrofia, skóra, wiedza społeczna

#### **Summary**

Cellulite is currently very common skin problem. This condition is accompanied by pain to the touch, non-uniform surface of the skin and the presence of subcutaneous nodules. The aim of the study was to know the level of public awareness of the causes and methods of combating cellulite. The material for the work was collected by questionnaire consisting of 27 questions. 50

people took part in the research. All the participants were residents of Ostroleka. According to 28% of respondent's lipodystrophy occurs regardless of age. Almost 3/4 of respondents claimed that the factors that contribute to the formation of cellulite are the following: stress, fatigue, a sedentary lifestyle, obesity, alcohol, coffee and cigarettes, abnormal nutrition.

**Key words:** lipodystrophy, skin, social knowledge

## Wstęp

Cellulit jest schorzeniem tkanki tłuszczowej, polegającym na „*zmianach obrzękowo-włóknisto-stwardnieniowych tkanki podskórnej*”<sup>1</sup>. Lokalizuje się najczęściej w okolicy ud, bioder oraz pośladków. Wygląd skóry w miejscach objętych defektem jest nieestetyczny. Występują bruzdy i nieregularne zgrubienia, dodatkowo w dotyku wyczuć można strukturę gąbczastą. Jej wygląd podobny jest do „skórki pomarańczy”<sup>2,3</sup>. Do objawów cellulitu zaliczmy: nierówną powierzchnię skóry, obecność wypukłości i zagłębień, obrzęk naskórka, niższą temperaturę skóry, zmianę barwy skóry na siny, błądy lub szarozółty, zaczerwienienie skóry i widoczne naczynka, w zaawansowanym cellulicie bolesność<sup>4</sup>. Miejsca występowania cellulitu różnią się w zależności od płci. U kobiet są to: pośladki, biodra, brzuch, uda (część boczna, górna), okolice łopatek, obszary przykolanowe. w obrębie kostek i ramiona, natomiast u mężczyzn: kark, brzuch<sup>5,6</sup>.

Przyczyn powstawania cellulitu jest wiele, należą do nich m.in.: nieodpowiednia dieta, nieprawidłowe funkcjonowanie układu trawiennego, złe funkcjonowanie tkanki łącznej i pompy mięśniowej, zaburzenia układu nerwowego, uwarunkowania genetyczne, zaburzenia hormonalne<sup>2</sup>. Natomiast do czynników sprzyjających powstawaniu cellulitu należą ciąża, otyłość, przyjmowanie środków antykoncepcyjnych z estrogenem, nadprodukcja estrogenów przez układ hormonalny, napięcie przedmiesiączkowe, stres, brak aktywności fizycznej, noszenie obcisłych ubrań i butów na wysokich obcasach, picie alkoholu i palenie papierosów<sup>7,8,9</sup>. Cellulit osiąga co drugą kobietę. Pojawia się w coraz młodszym wieku, nawet u kobiet szczupłych. W populacji

---

<sup>1</sup> Martini M.C.: Kosmetologia i farmakologia skóry. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 37-59, s. 300-309

<sup>2</sup> Dylewska-Grzelakowska J.: Zabiegi pielęgnacyjne ciała. WSiP, Warszawa 2013, s.194-208.

<sup>3</sup> Baumann L.: Dermatologia estetyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s.19.

<sup>4</sup> Erkiert-Polguj A., Artkop J., Budzisz E.: Redukcja i leczenie cellulitu [w:] Medycyna estetyczna, Przylipiak A. (red.). PZWL, Warszawa 2017, s.376-389.

<sup>5</sup> Jaroszevska B.: Kosmetologia. Wydawnictwo ATENA, Warszawa 2008, s.259-262.

<sup>6</sup> Załęska-Żyłka I.: Cellulit jako problem medyczny. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89 (4), s.487-491.

<sup>7</sup> Wasiluk M.: Medycyna estetyczna bez tajemnic. PZWL, Warszawa 2016, s.209-227.

<sup>8</sup> Miękoś-Zydek B., Czyż P., Ograczyk A.: Mezoterapia w dermatologii i dermatologii estetycznej [w:] Dermatologia dla kosmetologów, Adamski Z., Kaszuba A. (red.). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, s.270-283.

<sup>9</sup> Astie S.: Procedury i metody lipolizy cz.3. Cabines, 2014, 66,s. 90-92.



męskiej dotyka zaledwie 2% mężczyzn (np. podczas leczenia raka prostaty podawane są estrogeny, które mogą wywołać cellulit). Dodatkowo zmiany są widoczne dużo bardziej u kobiet niż u mężczyzn. Powodem takiej dysproporcji jest przede wszystkim układ hormonalny, a ściślej mówiąc hormony żeńskie, a także różnice w ułożeniu zrazików tłuszczowych u obu płci<sup>3,7</sup>. W procesie powstawania cellulitu wyróżnić możemy kilka etapów, pomiędzy którymi brak wyraźnej granicy. Mogą one trwać od kilku miesięcy do wielu lat. Należą do nich:

- **etap I**- brak objawów klinicznych, zapoczątkowane jest gromadzenie tłuszczów przez komórki tłuszczowe, występują zaburzenia w układzie żylnym i limfatycznym (zastój).
- **etap II**- początki procesu uszkodzenia skóry oraz tkanki podskórnej, adipocyty poprzez nacisk utrudniają przepływ krwi; możliwy do zaobserwowania obrzęk w postaci „*skórki pomarańczowej*” a także obecność guzków i nierównomierna powierzchnia; problem estetyczny.
- **etap III**- wokół skumulowanych zrazików tłuszczowych gromadzą się złogi substancji podstawowej i włókien tkanki łącznej; w wyniku czego dochodzi do zwłóknienia pewnych fragmentów tkanki podskórnej; wzmożone zaburzenia układu krążenia; problem estetyczny i zaczątki choroby.
- **etap IV**- z nadmiaru kolagenu powstają twarde guzki, występuje ucisk włókien nerwowych i naczyń włosowatych, co wywołuje ból o różnej sile; etap uznany za chorobę<sup>1,10</sup>.
- Etapy cellulitu można podzielić ze względu na typ budowy ciała:
- **postać twarda**- skóra jędrna w dotyku, ma lekko zwiększoną spoistość, w większości przypadków występuje u kobiet młodych i aktywnych fizycznie<sup>11,12</sup>
- **postać wiotka**- na skórze można zauważyć zagłębienia i zbyt małe napięcie, często jest to skóra po odchudzaniu, występuje u kobiet, które rzadko są aktywne fizycznie<sup>11,12</sup>.
- **postać obrzękowa**- skóra ma skłonność do obrzęków, bardzo często możliwe jest zaobserwowanie jak wypełnia się zagłębienie po poprzednim ucisku, występuje u kobiet z problemami dotyczącymi krążenia obwodowego<sup>11</sup>.
- **postać mieszana**- łączy w sobie cechy charakteryzujące wyżej wymienione postaci<sup>11</sup>.

Aby uniknąć problemu z cellulitem ważna jest profilaktyka. Należy o niej pomyśleć zanim rozwinię się schorzenie. Oprócz tego, że możliwe będzie uniknięcie choroby to dodatkowo poprawi się stan ogólny organizmu. Wśród metod zapobiegawczych występują: właściwa dieta, zdrowy tryb życia, aktywność fizyczna, odpowiednia pielęgnacja ciała<sup>2</sup>. Właściwa, zbilansowana

---

<sup>10</sup> Wasiluk M.: Cellulit okiem lekarza. Beauty Forum, 2017, 10, s.64-65.

<sup>11</sup> Ciupińska M., Noszczyk M.: Lipodystrofia- cellulit [w:] Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, Noszczyk M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s.192-199.

<sup>12</sup> Gałązka M., Gałęba A., Nurein H.: Cellulit jako problem medyczny i estetyczny- etiopatogeneza, objawy, diagnostyka i leczenie. Hygeia Public Health, 2014, 49(3), s.425-430.

składnikowo dieta w połączeniu ze zdrowym stylem życia oraz dostarczaniem organizmowi około 2,5 litra wody w ciągu doby, poparta unikaniem używek takich jak papierosy, alkohol oraz kawa są kluczowymi działaniami dla redukcji cellulitu. Wprowadzenie powyższych zmian oraz wprowadzenie aktywności fizycznej jako elementu nieodłącznego każdego dnia jest nieodłącznym elementem profilaktyki i zwalczania już istniejących zmian cellulitowych<sup>13</sup>. Aktywność fizyczna wprowadzana już na etapie czynności dnia codziennego w postaci spacerów (zamiast jazdy samochodem), wchodzenia po schodach zamiast wjeżdżania windą aż po bardziej wymagające wysiłku aktywności pozwalają na aktywizację mięśni, wydatek energetyczny redukujący tkankę tłuszczową i w efekcie poprawę kondycji fizycznej i zmniejszenie zmian cellulitowych<sup>14</sup>. Sprzymierzeńcem w walce ze zmianami cellulitowymi jest pielęgnacja skóry dostosowana do jej stanu. Przy kąpielach polecane jest używanie szorstkich rękawic lub szczotek, podczas natrysków wykonywanie naprzemiennego polewania się zimną i ciepłą wodą, które to usprawniają krążenie. Wykonywać można również masaże okolic szczególnie narażonych na odkładanie się tłuszczu. Zarówno w profilaktyce jak i zwalczaniu cellulitu wskazuje się na istotną rolę peelingów, balsamów, emulsji oraz preparatów do nakładania na skórę. Najlepiej jeżeli w ich składzie jest jak najwięcej składników pochodzenia roślinnego m.in.: bluszcz, iglica włoska, algi morskie, kasztanowiec i mniszek lekarski<sup>2,7,15</sup>.

Leczenie kosmetyczne cellulitu polega na zastosowaniu preparatów kosmetycznych lub urządzeń kosmetycznych pozwalających na zwalczanie defektu poprzez oddziaływania na zmiany w tkance oraz poprawę odpływu limfy i kondycjonowanie układu krążenia. Do zabiegów proponowanych w kosmologii antycellulitowej zaliczamy: okłady parafinowe, algoterapię, hydromasaż, body wrapping, kriopolizę, kinesiotaping, jonoforezę, masaże ręczne, próżniowe, wibracyjne i rolkowe, endermologię, drenaż limfatyczny, lipolizę, radiofrekwencję, kawitację, fale uderzeniowe, mezoterapię, karboksyterapię i aromatoterapię<sup>16,17,18,19,20,21,22,23,24</sup>. Biorąc pod uwagę

<sup>13</sup> Noszczyk M.: Medycyna piękności. PZWL, Warszawa 2016, s.165-178.

<sup>14</sup> Klimowicz A., Zielonka J., Turek M., Nowak A.: Substancje pochodzenia naturalnego stosowane w terapii cellulitu. *Postępy Fitoterapii*, 2015, (16)2, s.96-101.

<sup>15</sup> Sołdacka D.: Kompleksowo i skutecznie. *Beauty Forum*, 2017, 6, s.40-42

<sup>16</sup> Król K., Klimaszka K., Łęska B.: Zastosowanie alg w kosmetyce [w:] *Nanotechnologia, kosmetyki, chemia supramolekularna*, Schroeder G. (red.). Cursiva, Kostrzyn 2010, s.141-162.

<sup>17</sup> Wawrzaszek R., Wawrzaszek U.: Zastosowanie alg morskich w kosmologii i medycynie. *Cabines*, 2017, 84, s.58-63.

<sup>18</sup> Raisin L.: Pokonać cellulit. *Wiedza i Życie*, Warszawa 2002.

<sup>19</sup> Sulewska D.: Szczypta zimy w środku lata. *Beauty Forum*, 2017, 7-8, s.34-36.

<sup>20</sup> Rajfur J., Chilicka-Jasionowska K., Halski T.: Prąd stały [w:] *Aparatura kosmetyczna i metodyka zabiegów*, Wróblewska I., Maj J., Chilicka-Jasionowska K. (red.). Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2013, s.31-35.

<sup>21</sup> Wasiluk M.: Medical body forming. *Beauty Forum*, 2017, 6, s.48-51.

<sup>22</sup> Kranc R.: Odchudzające i antycellulitowe działanie endermologii. *Cabines*, 2017, 82, s.59-65.

<sup>23</sup> Matla- Stodolna J.: Fizykoterapia w dermatologii i medycynie estetycznej [w:] *Wielka fizjoterapia*, Tom I, Śliwiński Z., Sieroń A. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, s.325-332.

<sup>24</sup> Kaniewska M.: Kosmologia podstawy. WSiP, Warszawa 2011, s.61.

prężny rozwój kosmetologii i medycyny estetycznej należy podkreślić, że stale wprowadzane są nowe lub unowocześniane już istniejące metody oraz urządzenia pozwalające zapobiegać lub zwalczać cellulit.

Leczenie chirurgiczne/medyczne cellulitu jest możliwe jednak wymaga zastosowania działań z przerwaniem ciągłości skóry. Wśród zabiegów antycellulitowych wskazuje się: cellulolipolizę, liposukcję, nacięcia podskórne<sup>25,26,27</sup>.

### **Cel, przedmiot i metoda badań**

Celem pracy było poznanie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania i metod zwalczania cellulitu.

Badanie zostało przeprowadzone w terminie 18 grudnia 2017 r. - 12 lutego 2018 r. na terenie miasta Ostrołęka, po uzyskaniu zgody od Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych, Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

W badaniu uczestniczyło 50 osób, 25 kobiet i 25 mężczyzn. Wszystkie te osoby mieszkały w Ostrołęce. Warunkiem wzięcia udziału w badaniu była pełnoletniość. Materiał został zgromadzony przy pomocy kwestionariusza własnego autorstwa. Ankieta składała się z dwóch części: I część zawierała 8 pytań ogólnych dotyczących m.in. płci, wieku, wykształcenia. Natomiast II część zawierała 19 pytań specjalistycznych, które miały za zadanie sprawdzić poziom wiedzy społeczeństwa w zakresie przyczyn powstawania i metod zwalczania cellulitu. Wszystkie ankiety uzupełnione zostały w sposób poprawny. Wyniki badań zostały uogólnione i przedstawione w opracowaniu zbiorowym w formie opisowej i graficznej.

### **Wyniki badań**

Badaniem ankietowym objęto grupę 50 osób. W badaniu brali udział mężczyźni (50%) oraz kobiety (50%). Wszyscy respondenci byli mieszkańcami miast.

Respondenci uczestniczący w badaniu mieli w większości wykształcenie wyższe- 58% (72% kobiet i 44% mężczyzn). Kolejno wykształcenie średnie posiadało 20% objętych badaniem osób (16% kobiet, 24% mężczyzn), wykształcenie zawodowe 12% (8% kobiet, 16% mężczyzn), natomiast wykształcenie podstawowe posiadało 10 % badanych 4%kobiet, 16% mężczyzn).Pod względem wykonywanej pracy przeważały ogółem (58%) i w grupie kobiet (76%) osoby

---

<sup>25</sup> Piwiński M.: Aparatura w służbie piękna. Beauty Forum, 2017, 6, s.44-45.

<sup>26</sup> Huete A.: Aromaterapia. Praktyczny przewodnik po olejkach eterycznych. Jedność, Kielce 2015, s.70.

<sup>27</sup> Marwicka J., Niemyska K., Cieślicka O.: Cellulit. Przegląd zabiegów kosmetycznych. Kosmetologia Estetyczna, 2015 , 3, 4, s.287-294.

wykonywujące pracę umysłową. Mężczyźni najczęściej wykonywali pracę fizyczną (52%)

Respondentów zapytano czym jest cellulit. Większość kobiet (48%) i mężczyzn (40%) uznała, że jest to nieprawidłowość rozrostowa tkanki tłuszczowej, gdzie występują zaburzenia w przepływie krwi i limfy oraz odkładania się produktów odpadowych przemiany materii. Wśród badanych zaledwie 4% nie wiedziało czym jest cellulit. Szczegółowe dane zawiera Tabela 1.

**Tabela 1. Pojęcie cellulitu według badanych w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 1. The concept of cellulite according to the subjects depending on the sex**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobieta		Mężczyzna		N	%
	N	%	N	%		
Nieprawidłowość rozrostowa tkanki tłuszczowej, gdzie występują zaburzenia w przepływie krwi i limfy oraz odkładanie się produktów odpadowych przemiany materii	12	48	10	40	22	44
Tzw. Skórka pomarańczowa	9	36	5	20	14	28
Wrzecionowate pasma, występujące najczęściej na skórze ud, piersi brzucha oraz pośladków	4	16	8	32	12	24
Nie wiem czym jest cellulit	-	-	2	4	2	4
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Respondentów poproszono o scharakteryzowanie wyglądu cellulitu. Większość kobiet (60%), było zdania, że cellulit wygląda jak skóra od pomarańczy, lub (36%) jak skóra pokryta grudkami. Najmniej mężczyzn bo 4% odpowiedziało, że cellulit wygląda jak łuszcząca się skóra (Tabela 2).

**Tabela 2. Wygląd cellulitu według ankietowanych w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 2. The appearance of cellulite according to the respondents depending on the sex**

*Source: Own study*

Source: Own study Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni		N	%
	N	%	N	%		
Wygląda jak skóra od pomarańczy	15	60	13	52	28	56
Wygląda jak skóra pokryta grudkami	9	36	9	36	18	36
Jest niewidoczny	-	-	-	-	-	-
Wygląda jak łuszcząca się skóra	-	-	1	4	1	2
Wygląda jak skóra pokryta piegami	-	-	-	-	-	-
Nie, nie wiem	1	4	2	-	3	6
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Zdaniem większości respondentów (62% badanych; w tym 64% kobiet i 60% mężczyzn), cellulit najczęściej występuje na biodrach, brzuchu, pośladkach i bocznych częściach ud. Najmniej respondentów (10%) wskazało, że najczęściej występuje on na piersiach, udach i pośladkach (Tabela 3).

**Tabela 3. Okolice, w których najczęściej występuje cellulit w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 3. The areas where cellulite is most common, depending on the sex**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Uda, brzuch, ręce	8	32	6	24	14	28
Twarz, szyja	-	-	-	-		
Biodra, brzuch, pośladki, boczne części ud	16	64	15	60	31	62
Ramiona, dłonie, stopy	-	-	-	-	-	-
Piersi, uda, pośladki	1	4	4	16	5	10
Łydki, uda, łopatki		-	-	-	-	-
Nie wiem	-	-	-	-	-	-
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Według większości (74%) ankietowanych, zarówno respondentek (88%) jak i respondentów (60%) cellulit dotyczy kobiet (Tabela 4).

**Tabela 4. Płeć, której dotyczy cellulit według ankietowanych w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 4. The sex to which the cellulite relates according to the respondents depending on the sex**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Kobiet	22	88	15	60	37	74
Mężczyzn	-	-	-	-	-	
Zarówno kobiet jak i mężczyzn	3	12	10	40	13	26
Nie wiem	-	-	-	-	-	-
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Respondentów zapytano w jakim wieku najczęściej pojawia się cellulit. Najwięcej kobiet (32%) odpowiedziało, że występowanie cellulitu nie jest zależne od wieku, zaś blisko ¾ mężczyzn (24%) uznało, że cellulit najczęściej pojawia się między 20 a 45 rokiem życia (Tabela 5).

Tabela 5. Wiek, w którym najczęściej pojawia się cellulit w zależności od płci

Źródło: Opracowanie własne

Table 5. The age at which cellulite appears most often depending on sex

Source: Own study

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
W każdym wieku	7	28	3	12	10	20
Najczęściej w przedziale wiekowym 30-60	5	20	7	28	12	24
Od 20-45 roku życia	4	16	8	32	12	24
Po 40 roku życia	1	4	-	-	1	2
Niezależnie od wieku	8	32	6	24	14	28
Nie wiem	-	-	1	4	1	2
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Rozwojowi cellulitu sprzyja wiele czynników związanych z preferowanym stylem życia. Większość badanych kobiet (80%) i mężczyzn (68%) wskazało na stres, przemęczenie, siedzący tryb życia, otyłość, nadużywanie alkoholu, kawy i papierosów, nieprawidłowe odżywianie jako wiodące czynniki powstawania cellulitu (Tabela 6).

Tabela 6. Wiek, w którym najczęściej pojawia się cellulit w zależności od płci

Źródło: Opracowanie własne

Table 6. The age at which cellulite appears most often depending on sex

Source: Own study

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Stres, przemęczenie, siedzący tryb życia, otyłość, nadużywanie alkoholu, kawy i papierosów, nieprawidłowe odżywianie	20	80	17	68	37	74
Zaburzenia trawienne, niedotlenienie, ciąża, żylaki	5	20	5	20	10	20
Stres, przemęczenie, choroby układu oddechowego i krążenia	-	-	-	-	-	-
Nie wiem	-	-	3	12	3	6
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Profilaktyka wystąpienia cellulitu zdaniem 100% objętych badaniem kobiet, polega na prowadzeniu zdrowego trybu życia, natomiast zdaniem 4% mężczyzn, zapobieganie powstawaniu cellulitu

polega na unikaniu spożywania cukrów (Tabela 7).

**Tabela 7. Działania, które zapobiegają powstawaniu cellulitu w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 7. Activities that prevent the formation of cellulite depending on sex**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Prowadzeniu zdrowego trybu życia	25	100	21	84	46	92
Stosowanie kąpeli z dodatkiem ziół	-	-	1	4	1	2
Unikanie cukrów	-	-	1	4	1	2
Nie wiem	-	-	2	8	2	4
<b>Razem</b>	25	100	25	100	50	100

Za wiodące metody zwalczania cellulitu 52% kobiet uznało stosowanie kosmetyków antycellulitowych i masażu, natomiast 40% mężczyzn wskazało na masaż jako skuteczną terapię (Tabela 8).

**Tabela 8. Metody terapii cellulitu w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 8. Cellulite treatment methods depending on gender**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć			
	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
Produkty kosmetyczne	13	52	5	20
Masaż	13	52	10	40
Leki i suplementy	7	28	2	8
Operacja	3	12	2	8
Hydroterapia	4	16	3	12
Picie jak najmniejszej ilości wody	-	-	1	4
Naświetlanie lampami UV	-	-	-	-
Elektrostymulacja i fale radiowe	3	12	1	4
Ostrzykiwanie	2	8	-	-
Wszystkie odpowiedzi powyżej są prawidłowe	5	20	4	20
Nie wiem	2	8	7	28

\*Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi

\* The results do not add up to 100% because respondents could choose several answers

32 % ankietowanych (52% kobiet, 12% mężczyzn) uznało, że występowanie cellulitu może mieć podłoże genetyczne (Tabela 9).

**Tabela 9. Genetyczne występowanie cellulitu według badanych w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 9. Genetic occurrence of cellulite according to subjects depending on gender**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Tak	13	52	3	12	16	32
Nie	6	24	11	44	17	34
Nie wiem	6	24	11	44	17	34
Razem	25	100	25	100	50	100

Rynek kosmetyczny w odpowiedzi na zainteresowanie konsumentów oferuje w preparaty dedykowane skórze ze skłonnościami do cellulitu lub już występującym defektem. O popularności tej gałęzi kosmetycznej wśród klientów świadczyć może również fakt, że poza kosmetykami wprowadzono na rynek również bieliznę, rajstopy, masażery, oraz szereg leków OTC, które mają wesprzeć klientów w zapobieganiu lub redukcji cellulitu. Respondentów zapytano, czy ich zdaniem używanie kosmetyków antycellulitowych może opóźnić/ zapobiec powstawaniu cellulitu. 68% kobiet i 40% mężczyzn, spośród osób objętych badaniem było zdania, że zastosowanie kosmetyków może mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu cellulitowi (Tabela 10).

**Tabela 10. Wpływ kosmetyków na powstawanie cellulitu w zależności od płci**

*Źródło: Opracowanie własne*

**Table 10. The influence of cosmetics on the formation of cellulite depending on the sex**

*Source: Own study*

Kategoria odpowiedzi	Płeć				Razem	
	Kobiety		Mężczyźni			
	N	%	N	%	N	%
Tak	17	68	10	40	27	54
Nie	4	16	6	24	10	20
Nie wiem	4	16	9	36	13	26
Razem	25	100	25	100	50	100

## Dyskusja

Cellulit to jeden z najpowszechniejszych problemów natury kosmetyczno- medycznej dotyczących kobiet. Zmiany charakteryzujące tę dolegliwość takie jak: guzki, nierówności czy bruzdy pojawiające się m.in. na udach i pośladkach występują u 85% kobiet i zaledwie u 2%



populacji męskiej<sup>28</sup>. Janda i Tomikowska twierdzą, że problem cellulitu dotyczy nawet od 85 do 98% kobiet<sup>29</sup>. Cellulit jest także spotykany u mężczyzn i powodem jego powstawania są: nieprawidłowości w wydzielaniu androgenów lub leczenie estrogenem<sup>30</sup>.

Twierdzenie, że cellulit równoznaczny jest z otyłością jest mylne, mimo iż oba problemy dosyć często występują razem. W obu przypadkach problem dotyka tkanki tłuszczowej, jednakże otyłość obejmuje cały organizm, a cellulit ma konkretną lokalizację<sup>27</sup>. Według Bojarowicz, Rucińskiej i Krysińskiego w większości przypadków cellulit może pojawić się w różnym wieku i niezależnie od masy ciała<sup>28</sup>.

Osoby objęte badaniem mieściły się w przedziale wiekowym 18-66 lat. Wśród badanych kobiet problem z cellulitem, miało po 40% w grupach wiekowych 31-50 lat i 51-66 lat i 20% w przedziale 18-30 lat, z czego nadwagę lub otyłość miało 50%. U mężczyzn cellulit pojawił się tylko przy nadwadze. Spośród wszystkich ankietowanych 28% twierdziło, że cellulit pojawia się niezależnie od wieku.

Cellulit jest defektem obejmującym tkankę tłuszczową, który polega na tym, że na tkance podskórnej tworzą się obrzękowo-włóknisto-stwardnieniowe zmiany. Często zwane również „skórka pomarańczy”<sup>29</sup>. Blisko połowa respondentów (44%) uważała, że cellulit to: *nieprawidłowość rozrostowa tkanki tłuszczowej, gdzie występują zaburzenia w przepływie krwi i limfy oraz odkładanie się produktów odpadowych przemiany materii*. Odpowiedź „skórka pomarańczy” zaznaczyło 28% badanych. 24 % definiowało cellulit jako: *wrzecionowate pasma, występujące najczęściej na skórze ud, piersi brzucha oraz pośladków*, a zaledwie 4% nie wiedziało czym jest cellulit.

Wygląd cellulitu niekiedy bywa różny. Można zaobserwować, że skóra, której dotyka ten problem ma na sobie wiele nierówności, wgłębień, grudek czy zgrubień. Kolor zabawienia skóry też może ulegać zmianie<sup>28</sup>. W gronie ankietowanych 36 % kobiet i 36% mężczyzn zgadzało się z tym, że w przebiegu cellulitu na skórze występują grudki.

Według Klimowicza i wsp. miejsca objęte cellulitem, to te w których odkłada się najwięcej tłuszczu, czyli pośladki, brzuch i uda<sup>14</sup>. Natomiast Matysek-Nawrocka i wsp. Jako miejsce lokalizacji zmian cellulitowych wskazali także biodra<sup>31</sup>. Zdaniem większości respondentów (64% kobiet i 60% mężczyzn), cellulit najczęściej występuje na biodrach, brzuchu, pośladkach i

---

<sup>28</sup> Bojarowicz H., Rucińska M., Krysiński J.: Kosmetyki redukujące cellulit. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2016, 97(4), s.291-296.

<sup>29</sup> Janda K., Tomikowska A.: Cellulit-przyczyny, profilaktyka, leczenie. *Pomeranian Journal of Life Sciences*, 2014, 60, 1, s.29-38.

<sup>30</sup> Drąg J., Goździalska A., Jaśkiewicz J.: Udział hormonów płciowych w patofizjologii cellulitu [w:] *Współczesne kierunki w medycynie prewencyjnej*, Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.). Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013, s.41-49.

<sup>31</sup> Matysek-Nawrocka M., Bernat M., Krasowska D., Chyl- Surdacka K., Sobczuk J.: *Współczesne zabiegi kosmetyczne i medyczne w redukcji cellulitu*. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2017, 2 (51), s.213-219.

bocznych częściach ud. 10% badanych uważało, że oprócz ud i pośladków cellulit występuje także na piersiach.

Wasiluk wskazuje, że przez pryzmat medycyny cellulit można podzielić na 4 stadia. Pierwsze świadczy o początkach cellulitu i objawy w nim są trudno zauważalne gołym okiem, w kolejnych natomiast zmiany nasilają się. Pojawiają się w tkance podskórnej zgrubienia, grudki, guzy, a w zaawansowanym etapie również dolegliwości bólowe<sup>10</sup>. Podział cellulitu na stadia znany był 50% ankietowanych osób, wśród których znalazło się 24% kobiet i 12% mężczyzn.

Cellulit może mieć wiele przyczyn. Często wśród czynników sprzyjających jego powstawaniu wymienia się zarówno te dotyczące stylu życia (alkohol, papierosy, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, stres), predyspozycji genetycznych a także wszelkich zaburzeń w funkcjonowaniu m.in. układu krwionośnego, limfatycznego i hormonalnego<sup>8</sup>.

W badaniu własnym 80% kobiet i 68% mężczyzn za czynniki powodujące cellulit uznało: stres, przemęczenie, siedzący tryb życia, otyłość, nadużywanie alkoholu, kawy i papierosów, nieprawidłowe odżywianie.

Genetyka i dziedziczenie nie pozostaje w bez znaczenia w powstawaniu cellulitu, Zaobserwować można, że wśród kobiet, które powiązane są ze sobą więzami krwi nasilenie i występowanie cellulitu jest podobne<sup>29</sup>. Również w badaniu własnym, respondenci w 32% przypadków wskazywali na możliwość dziedziczenia cellulitu.

Barbara Jaroszewska pisząc o cellulicie podała kilka zachowań, które w pewnym stopniu mogą zapobiegać jego powstawaniu. W wielu przypadkach zmiana diety, poprzez odstawienie produktów tłustych, dostarczanie większej ilości mikro i makroelementów, a także unikanie używek typu alkohol i papierosy może w pewnym stopniu opóźnić rozwój cellulitu lub ograniczyć zaawansowanie. Jeżeli do tego dodatkowo dołączy się większą aktywność fizyczną, odpowiedni czas poświęcany na sen i relaks oraz eliminację będzie uniknięcie cellulitu lub zmniejszenie objawów, jeżeli cellulit występuje<sup>5</sup>.

Również 92 % respondentów z badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wskazywało, że zmiana zachowań zdrowotnych może pomóc przy zapobieganiu cellulitowi. Działanie takie zdaniem ankietowanych będzie miało unikanie cukrów w diecie oraz kąpiele z dodatkiem ziół.

Na rynku powszechne stały się kosmetyki antycellulitowe, w różnorodnych postaciach, m.in. kremy, żele, balsamy, toniki i wiele innych produktów. Najważniejsze jest aby w składzie znajdowały się substancje, które mają działanie wielokierunkowe i wpływają zarówno na układ krążenia, limfatyczny a także na metabolizm komórek tłuszczowych<sup>28</sup>. 68% kobiet i 40% mężczyzn spośród respondentów objętych badaniami własnymi, uważało, że zastosowanie kosmetyków antycellulitowych może opóźnić lub zapobiegać powstawaniu cellulitu.

Cellulit jest schorzeniem bardzo popularnym. Mimo tego, że problem dotyka bardzo wielu kobiet, wiedza respondentów w zakresie powstawania i zwalczania cellulitu była zróżnicowana. Ankietowani największą wiedzą wykazali się w prostych pytaniach dotyczących m.in.: objawów cellulitu, rozmieszczenia cellulitu, grup szczególnego ryzyka i w wieku w jakim się pojawia lipodystrofia.

### **Wnioski**

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Tylko 4% mężczyzn nie wiedziało czym jest cellulit.
2. 60% kobiet i 52% mężczyzn wygląd cellulitu kojarzyło ze skórą pomarańczy.
3. Zdaniem większości (62%) badanych najczęstszymi miejscami lokalizacji cellulitu są: biodra, brzuch, pośladki i boczne części ud.
4. Przekonanie, że cellulit dotyczy tylko kobiet miało 88% ankietowanych płci żeńskiej i 60% płci męskiej.
5. Wszystkie uczestniczące w badaniu kobiety, wskazały na „*prowadzenie zdrowego trybu życia*” jako zasadniczy czynnik w profilaktyce cellulitu.
6. Za zabiegi najczęściej wykorzystywane przy terapii cellulitu uznano masaże oraz używanie środków kosmetycznych.
7. Zdaniem 64% respondentów otyłość to jedna z zasadniczych przyczyn powstawania cellulitu, jednak nie tylko osoby otyłe mają cellulit.
8. Wiedza respondentów w zakresie powstawania i metod zwalczania cellulitu była zróżnicowana, większą wiedzą wykazały się kobiety.

### **Bibliografia**

1. Martini M.C.: Kosmetologia i farmakologia skóry. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 37-59, s. 300-309.
2. Dylewska-Grzelakowska J.: Zabiegi pielęgnacyjne ciała. WSiP, Warszawa 2013, s.194-208.
3. Baumann L.: Dermatologia estetyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s.19.
4. Erkiert-Polguj A., Artkop J., Budzisz E.: Redukcja i leczenie cellulitu [w:] Medycyna estetyczna, Przyłipiak A. (red.). PZWL, Warszawa 2017, s.376-389.

5. Jaroszevska B.: Kosmetologia. Wydawnictwo ATENA, Warszawa 2008, s.259-262.
6. Załęska-Żyłka I.: Cellulit jako problem medyczny. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2008, 89 (4), s.487-491.
7. Wasiluk M.: Medycyna estetyczna bez tajemnic. PZWL, Warszawa 2016, s.209-227.
8. Miękoś-Zydek B., Czyż P., Ograczyk A.: Mezoterapia w dermatologii i dermatologii estetycznej [w:] Dermatologia dla kosmetologów, Adamski Z., Kaszuba A. (red.). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, s.270-283.
9. Astie S.: Procedury i metody lipolizy cz.3. Cabines, 2014, 66, s. 90-92.
10. Wasiluk M.: Cellulit okiem lekarza. Beauty Forum, 2017, 10, s.64-65.
11. Ciupińska M., Noszczyk M.: Lipodystrofia- cellulit [w:] Kosmetologia pielęgnacyjna i lekarska, Noszczyk M. (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s.192-199.
12. Gałązka M., Gałęba A., Nurein H.: Cellulit jako problem medyczny i estetyczny- etiopatogeneza, objawy, diagnostyka i leczenie. Hygeia Public Health, 2014, 49(3), s.425-430.
13. Noszczyk M.: Medycyna piękności. PZWL, Warszawa 2016, s.165-178.
14. Klimowicz A., Zielonka J., Turek M., Nowak A.: Substancje pochodzenia naturalnego stosowane w terapii cellulitu. Postępy Fitoterapii, 2015, (16)2, s.96-101.
15. Sołdecka D.: Kompleksowo i skutecznie. Beauty Forum, 2017, 6, s.40-42.
16. Król K., Klimaszka K., Łęska B.: Zastosowanie alg w kosmetyce [w:] Nanotechnologia, kosmetyki, chemia supramolekularna, Schroeder G. (red.). Cursiva, Kostrzyn 2010, s.141-162.
17. Wawrzaszek R., Wawrzaszek U.: Zastosowanie alg morskich w kosmetologii i medycynie. Cabines, 2017, 84, s.58-63.
18. Raisin L.: Pokonać cellulit. Wiedza i Życie, Warszawa 2002.
19. Sulewska D.: Szczypta zimy w środku lata. Beauty Forum, 2017, 7-8, s.34-36.
20. Rajfur J., Chilicka-Jasionowska K., Halski T.: Prąd stały [w:] Aparatura kosmetyczna i metodyka zabiegów, Wróblewska I., Maj J., Chilicka-Jasionowska K. (red.). Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Opole 2013, s.31-35.
21. Wasiluk M.: Medical body forming. Beauty Forum, 2017, 6, s.48-51.
22. Kranc R.: Odchudzające i antycellulitowej działanie endermologii. Cabines, 2017, 82, s.59-65.

23. Matla- Stodolna J.: Fizykoterapia w dermatologii i medycynie estetycznej [w:] Wielka fizjoterapia, Tom I, Śliwiński Z., Sieroń A. (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014, s.325-332.
24. Kaniewska M.: Kosmetologia podstawy. WSiP, Warszawa 2011, s.61.
25. Piwiński M.: Aparatura w służbie piękna. Beauty Forum, 2017, 6, s.44-45.
26. Huete A.: Aromaterapia. Praktyczny przewodnik po olejkach eterycznych. Jedność, Kielce 2015, s.70.
27. Marwicka J., Niemyska K., Cieślicka O.: Cellulit. Przegląd zabiegów kosmetycznych. Kosmetologia Estetyczna, 2015, 3, 4, s.287-294.
28. Bojarowicz H., Rucińska M., Krysiński J.: Kosmetyki redukujące cellulit. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2016, 97(4), s.291-296.
29. Janda K., Tomikowska A.: Cellulit-przyczyny, profilaktyka, leczenie. Pomeranian Journal of Life Sciences, 2014, 60, 1, s.29-38.
30. Drąg J., Goździalska A., Jaśkiewicz J.: Udział hormonów płciowych w patofizjologii cellulitu [w:] Współczesne kierunki w medycynie prewencyjnej, Goździalska A., Jaśkiewicz J. (red.). Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2013, s.41-49.
31. Matysek-Nawrocka M., Bernat M., Krasowska D., Chyl- Surdacka K., Sobczuk J.: Współczesne zabiegi kosmetyczne i medyczne w redukcji cellulitu. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2017, 2 (51), s.213-219.

**Ewelina Andruczyk<sup>1</sup>, Barbara Jankowiak<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Podlaskie Centrum Sercowo-Naczyniowe w Suwałkach

<sup>2</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## **POSTAWY SPOŁECZEŃSTWA WOBEC OSÓB ZE SCHORZENIAMI DERMATOLOGICZNYMI**

## **ATTITUDES OF THE SOCIETY TO PEOPLE WITH DERMATOLOGICAL DISEASES**

### **Streszczenie**

Schorzenia dermatologiczne związane są z występowaniem zmian skórnych. Charakteryzuje je chroniczny przebieg i mają negatywny wpływ na różne aspekty życia danej osoby. Skóra, która jest organem komunikacji i percepcji, a jednocześnie największym, widocznym narządem człowieka, odgrywa zasadniczą rolę w kontaktach międzyludzkich. Jednak otoczenie może nie akceptować osób ze zmianami dermatologicznymi, a wyrażanie negatywnych opinii oraz komentowanie często spowodowane jest brakiem lub niskim poziomem wiedzy na temat schorzeń dermatologicznych.

**Słowa kluczowe:** choroby dermatologiczne, akceptacja, postawa społeczna

### **Summary**

Dermatological diseases are connected with the occurrence of skin lesions. They are characterized by a chronic course and have a negative influence on various aspects of a person's life. Skin, which is a medium of communication and perception, and simultaneously the largest visible human organ, plays vital role in interpersonal contacts. However, the environment may not accept people with dermatological diseases and expression of negative opinions and commenting is often caused by the lack or low level of knowledge about dermatological diseases.

**Key words:** dermatological diseases, acceptance, social attitude

## Wstęp

Choroby skóry są bardzo dobrze znanym zjawiskiem. Zaczerwienienia, krostki oraz swędzące ranki mogą być wynikiem działania silnych detergentów, alergii, jak również mogą być dowodem na to, że rozwijają się rozmaite schorzenia dermatologiczne. Do najczęściej występujących chorób skóry można zaliczyć: AZS, trądzik, grzybice, łysienie plackowate oraz łuszczycę.

Choroby skóry mogą mieć różne podłoże i rozwój, lecz ich cechą wspólną jest to, że są dla chorych trudne do zaakceptowania. Dolegliwości powiązane ze schorzeniem wywołują lęk, dyskomfort psychiczny, a także ograniczają pacjentów w codziennym życiu.

Choroby skóry mogą powodować ważne cierpienia psychologiczne pacjenta, zaburzać zdolność do pracy oraz więzy społeczne. Psychiczny dyskomfort wywołany oszpecceniem sprawia, że defekty skóry uniemożliwiają pacjentowi normalne życie. Praca z osobami ze zmianami skórnymi to duże wyzwanie dla każdego z nas. Należy pamiętać, że zwłaszcza w schorzeniach dermatologicznych bardzo ważne dla chorego jest poczucie miłości, szacunku, a przede wszystkim akceptacji dla jego wyglądu ze strony najbliższych i otoczenia<sup>1</sup>.

Wyróżnia się dwa rodzaje postaw: akceptację oraz odrzucenie, które można podzielić na uprzedzenie oraz stereotyp<sup>2</sup>.

Akceptacja osób przewlekle chorych, a do takich zalicza się wiele schorzeń dermatologicznych, była różna na przestrzeni wieków i w poszczególnych środowiskach. Do XIX i XX wieku ogólna populacja degradowała na margines społeczny chorych przewlekle. Wynikiem tego, było to, że bez akceptacji i pomocy chorzy zasilali najniższe grona społeczne. Edukacja społeczna, a także postęp medycyny umożliwiły pacjentom „normalne” życie, studiowanie, osiągnięcie sukcesów naukowych oraz zawodowych.

Immanuel Kant wskazał na ważne znaczenie szacunku polegające na poszanowaniu prawa, siebie samego oraz na poważaniu innych. Szacunek tak jak miłość jest podstawą życzliwości, która zobowiązuje etycznie społeczeństwo do czynienia dobra wobec każdego człowieka, nawet naznaczonego chorobą.

Kolejnym etapem rozwoju poglądów dotyczących społeczeństwa do osób przewlekle chorych to integracja. Jest ona przejawem ludzkiej akceptacji oraz subiektywną rolą w życiu społecznym. Celem integracji jako procesu edukacyjnego i społecznego jest przeciwdziałanie

---

<sup>1</sup>Wyderka M. I., Darowska J.: Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2 (60), s: 214-219.

<sup>2</sup>Kowalewska J., Graeber P.: *Kształtowanie postaw zdrowotnych. Życie szkoły*. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 2003.

nieakceptowania, stygmatyzacji, nietolerancji, tendencjom segregacyjnym i izolacyjnym, dyskryminacji i nietolerancji osób przewlekle chorych<sup>3</sup>.

Szacunek i akceptacja wyrażane przez społeczeństwo, poczucie własnej wartości, bezpieczeństwa i samoakceptacji budzą poczucie dodatkowej jakości życia wbrew ograniczeń, poprawiających mechanizmy radzenia sobie z kryzysem i stresem, a także kształtują życzliwe i właściwe relacje obu stron.

Negatywne postawy ludzi zdrowych do osób przewlekle chorych mają niekorzystny wpływ na zachowanie tych osób względem siebie samych i społeczeństwa. Utrudniają akceptowanie i przystosowanie się do własnej choroby, rodzą poczucie wzdrygi dla samego siebie oraz niszczą efekty zabiegów rehabilitacyjnych, leczniczych i edukacyjnych.

Negatywna postawa, jaką jest uprzedzenie - polega na odrzuceniu kogoś bez uzasadnionych przesłanek. Uprzedzenie do kogoś występuje, gdy jednostka podejmuje ocenę, wyraża negatywną opinię bez wcześniejszego doświadczenia z daną osobą.

Stereotyp natomiast jest to konstrukcja myślowa, która zawiera uproszczony obraz rzeczywistości, przyjęty przez jednostkę wskutek wzorców przekazywanych przez społeczeństwo, poglądów innych osób czy własnych obserwacji. Stereotypy mogą być pozytywne, neutralne bądź negatywne<sup>4</sup>.

### **Cel, przedmiot i metoda badań**

Celem badań była:

1. Ocena postaw społeczeństwa w stosunku do osób ze zmianami skórnymi.
2. Ocena znaczenia wyglądu zewnętrznego na nawiązywanie kontaktów między osobą zdrową a osobą ze zmianami skórnymi.

Badania przeprowadzono wśród losowo wybranych osób spośród społeczeństwa. Badaniami objęto 110 dorosłych osób mieszkających na terenie miasta Suwałki i okolicznych miejscowości.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który przygotowano po zapoznaniu się z dostępną literaturą przedmiotu.

Ankieta była anonimowa i udział w niej był dobrowolny. Zawierała 28 zamkniętych pytań

---

<sup>3</sup>Michalak M.: Akceptacja osób przewlekle chorych w społeczeństwie. Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy, 2009, 9 (2), s: 95-121.

<sup>4</sup>Strelau J., Doliński D.: Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008.



dotyczących postrzegania osoby chorej dermatologicznie przez społeczeństwo oraz 5 pytań metryczkowych, obejmujących wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny oraz miejsce zamieszkania.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr R-I-002/102/2018.

## **Wyniki badań**

### **Charakterystyka grupy badanej**

Na potrzeby niniejszej pracy badaniem objęto 110 mieszkańców Suwałk oraz okolicznych miejscowości. Badania prowadzono w okresie między lutym a marcem 2018r. Wśród 110 respondentów znaną większość stanowiły kobiety, których odsetek wynosił 72%. Odsetek mężczyzn wynosił pozostałe 28%.

Wszyscy biorący udział w badaniu pacjenci byli pełnoletni. Zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły osoby między 18 a 30 rokiem życia – 51%. Kolejni pod względem liczności i odsetka byli respondenci w wieku 51-60 lat – 15%. 11% stanowiły osoby w wieku 31-40 lat, a 1/5 ogółu ankietowanych była w wieku 41-50 lat (20%). Najmniejszy odsetek stanowili respondenci powyżej 60 roku życia – 3%.

Najczęstszym miejscem zamieszkania wśród badanych było miasto – 69,7%. Pozostali respondenci wybrali jako miejsce zamieszkania wieś – 30,3%.

Analizując grupę badanych pod względem wykształcenia, najliczniejsi byli absolwenci szkół średnich – 41%. Następną w kolejności grupą były osoby legitymujące się wykształceniem wyższym – 37%. Jedynie 2% ankietowanych uzyskało dotychczas dyplom ukończenia gimnazjum, z kolei 2 razy więcej respondentów – 4% - miało wykształcenie podstawowe. 16% ogółu badanych było absolwentami szkół zawodowych.

Rozpatrując grupę badanych w ujęciu stanu cywilnego, najliczniejsi byli respondenci w formalnych związkach małżeńskich – żonaci lub mężatki – 53%. Jedynie 9% ogółu badanych obejmowały osoby, które straciły żonę lub męża, a więc wdowcy i wdowy. Kawalerowie i panny zajmowali 38% ankietowanych.

### **Opracowanie wyników badań własnych**

Przechodząc do analizy zasadniczej części ankiety respondenci w odpowiedzi na pytanie pierwsze dotyczące „Czy akceptować chorego to znaczy tolerować/szanować go takim jakim jest” w ogromnej większości odpowiedzieli „tak” (91%), jedynie 5% ankietowanych zaznaczyło „nie wiem”, a 4% respondentów odpowiedziało „nie”.

65% ankietowanych w grupie wiekowej do 30 roku życia uważało, że osoby ze zmianami

skórnymi izolują się. 14% w wieku do 30 lat miało przeciwne zdanie. 21% respondentów z tej grupy wiekowej nie miało zdania na ten temat. W grupie powyżej 40 roku życia 69% ankietowanych uważało, że osoby chore izolują się, 13% – nie izolują się, a 18% zaznaczyło odpowiedź „nie wiem”.

Na uwagę zasługuje fakt, że jedynie 9% respondentów uważała, że osoby ze zmianami skórnymi czują się w społeczeństwie dobrze. Natomiast ponad połowa ankietowanych (54%) była zdania, że chorzy dermatologicznie wśród innych osób nie czują się dobrze. Pozostali badani (37%) nie znali odpowiedzi na to pytanie.

Również ponad połowa ankietowanych (55,7%) uznała, że osoby ze zmianami skórnymi mogą czuć się dyskryminowane przez innych obywateli. Najmniejsza część badanych – 15,5%, uznała, że chorzy dermatologicznie nie powinni czuć się w ten sposób. 28,9% respondentów nie znało odpowiedzi na pytanie i zaznaczyło „nie wiem”.

Pozostając przy temacie związanym z dyskryminacją chorych dermatologicznie, 28% respondentów zna osoby ze zmianami skórnymi, które doświadczyły kiedykolwiek „prześladowania” i wykluczenia społecznego z wyżej wymienionego powodu. 59% ankietowanych nie zna takich osób, a 13% nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Niemal połowa ankietowanych (47%) uważała, że ogół społeczeństwa ma niezbyt dobry stosunek do osób ze zmianami skórnymi. 31% respondentów podejście innych do chorych dermatologicznie uznało za dobre/poprawne, z kolei 6% stwierdziło, że jest ono złe/niepoprawne. 16% ogółu badanych nie miało na powyższy temat zdania.

Według 27% ankietowanych w wieku do 30 roku życia uważało, że społeczeństwo ma dobry stosunek względem osób ze zmianami skórnymi. Podobne zdanie miało 36% badanych mających powyżej 40 roku życia. Niezbyt dobry stosunek do osób z problemami dermatologicznymi miało 47% ankietowanych do 30 roku życia i 50% respondentów powyżej 40 roku życia. Zarówno w grupie młodszej, jak i starszej po 6% badanych zaznaczyło odpowiedź, że stosunek ten jest zły i niepoprawny.

Według większości ankietowanych stosunek społeczeństwa do osób z chorobami skóry charakteryzują pozytywne cechy jak: akceptacja (63%), chęć niesienia pomocy (54%), współpraca (52%), życzliwość (53%) czy nawiązywanie kontaktu (47%). Na uwagę zasługuje jednak fakt, że niemal taka sama ilość ankietowanych uznała, że podejście społeczeństwa do chorych dermatologicznie przejawia się negatywnie, poprzez: obrzydzenie (55%), lęk (52%), dyskryminację (47%), wstyd/zakłopotanie (49%). Tylko 6% badanych było zdania, że społeczeństwo szanuje osoby ze zmianami skórnymi. Wyniki w tym zakresie nie sumują się do 100%, gdyż ankietowani mieli możliwość wielokrotnej odpowiedzi.

Największy odsetek respondentów (35,4%) na osoby z chorobami skóry reagowało z

życzliwością i pomocą. Na 23,2% badanych schorzenie nie robiło żadnego wrażenia i niemal taka sama część 22,2% przejawiała obojętność w stosunku do chorych dermatologicznie. 10,1% ankietowanych bało się, bądź też krępowało, a 6,1% - litowało się. Jedynie 3% ogółu respondentów odczuwało obrzydzenie w stosunku do osoby ze zmianami skórnymi.

Aż 77% ogółu respondentów poproszonych o pomoc (np. przytrzymanie drzwi) osobie z widocznymi zmianami skórnymi – udzieliłoby jej. Były to zarówno osoby w wieku do 30 roku życia (72%), jak też powyżej 40 roku życia (77%). Tylko 7% ankietowanych nie pomogłoby choremu, a 16% nie znało odpowiedzi.

Zdecydowana większość ankietowanych (67%) nie miałaby nic przeciwko, by ich dziecko uczęszczało do klasy z dzieckiem chorym dermatologicznie. Dla 14% respondentów byłby to problem, a 19% badanych nie wie, jak by reagowało.

Aż 61% ogółu badanych uważało, że chorzy z bardzo widocznymi zmianami skórnymi powinni uczestniczyć w życiu społecznym. 17% miało do tego zagadnienia stosunek obojętny, a 16% nie wie jakiego jest zdania. 7% badanych w wieku do 30 roku życia i 10% w wieku powyżej 40 roku życia uznało, że chorzy dermatologicznie powinni się izolować.

40% ankietowanych uznało, że „raczej dobrze” byłby, gdyby osoby ze zmianami skórnymi podejmowały pracę zarobkową w miejscach często uczęszczanych przez społeczeństwo, jak: kawiarnie, sklepy, restauracje. 20% respondentów zdecydowanie stwierdziło, że to dobre rozwiązanie. „Raczej nie” odpowiedziało 19% ogółu badanych, a za „zdecydowanie zły” pomysł uznało jedynie 6% osób poddanych badaniu.

16% ankietowanych było zdania, że osoby ze zmianami skórnymi zdecydowanie mogą pełnić ważne funkcje publiczne (prezydent, burmistrz, wójt), a jedynie 2% uznało, że zdecydowanie nie może. W odpowiedzi na pytanie „raczej tak” zaznaczyło 44%, a „raczej nie” – 20%. 18% badanych nie miało zdania na ten temat.

54% ankietowanych nigdy nie obawiała się kontaktu z chorymi dermatologicznie. 23% respondentów miało obawy przed kontaktem z osobami ze zmianami skórnymi i taki sam odsetek badanych nie znał odpowiedzi na to pytanie. Nie obawia się kontaktu z osobami ze zmianami skórnymi 42% ankietowanych w wieku do 30 roku życia i 69% w wieku powyżej 40 roku życia.

Największy odsetek ankietowanych (53%) nie widział problemu z pójściem na spotkanie towarzyskie lub plażę z osobą ze zmianami skórnymi. 19% respondentów nie wybrałaby się w te miejsca z chorymi i byli to głównie osoby do 30 roku życia (25%), a 28% nie znała odpowiedzi na to pytanie.

37% ankietowanych raczej nie uzależniłoby wyboru swojego partnera życiowego od wyglądu jego skóry. Zdecydowanych co do tego było jedynie 14% ogółu badanych. Taki sam odsetek respondentów z pewnością stan skóry wzięłoby pod uwagę i tyle samo nie znało

odpowiedzi. Dla 21% ankietowanych wygląd skóry raczej miałby znaczenie.

### **Dyskusja wyników badań**

Skóra jest najbardziej widocznym organem, szczególnie w obrębie twarzy, szyi i rąk. Jej kondycja może mieć wpływ na to, w jaki sposób chorzy dermatologicznie będą odbierani przez otoczenie. W czasach, kiedy media rozpowszechniają wizerunek wyidealizowanego piękna, osoby ze zmianami skórnymi mogą nie tolerować swojego wyglądu, a także mogą czuć się napiętnowane i odrzucone. Ponadto skóra jest narządem komunikacji ze społeczeństwem- wyraża emocje, wskutek czego jest ważnym ogniwem w formowaniu samooceny i poczucia wartości<sup>5</sup>.

Choroby skórne mają ogromny wpływ na stan psychiczny oraz relacje społeczne chorego. Poczucie napiętnowania i wstydu powiązane ze świadomością zauważalnych zmian skórnych przez społeczeństwo, niska samoocena, strach przed odrzuceniem przez osoby „zdrowe”, poczucie odizolowania mogą prowadzić do odkrycia zaburzeń w psychice, takich jak: uzależnienia, depresja czy zespoły lękowe. Pacjenci stale przeżywają sytuacje, w których doznają uczucia wstydu i chcą ukryć chorobę przed otoczeniem. Z uwagi na widoczne defekty, czują niechęć do relacji z osobami zdrowymi, nawet takiej jak podanie ręki. W skrajnych przypadkach całkowicie izolują się od świata, spędzając czas tylko w domu.

Zmiany skórne widoczne dla populacji mogą być źródłem braku tolerancji ze strony społeczeństwa. Łuszczyca czy trądzik często traktowane są przez otoczenie, jak choroby zakaźne, co powstaje z braku wiedzy na temat patofizjologii tych chorób. Unikanie kontaktu fizycznego powoduje uczucie poniżenia i odrzucenia wśród chorych. Według badań Kanikowskiej i wsp. pacjenci często doznawali uczucia zawstydzienia, odrzucenia, braku akceptacji z powodu choroby dermatologicznej, a także spotkali się z nieżyczliwym zachowaniem ze strony otoczenia. Zmiany skórne rzutują także na rozwój kariery zawodowej. Chorzy czują się dyskryminowani w miejscu pracy. Większość zgłasza problemy z relacjami międzyludzkimi oraz kłopoty ze znalezieniem pracy<sup>6</sup>.

Badania własne wykazały, że społeczeństwo w stosunku do osób chorych dermatologicznie przejawiała pozytywne emocje (ponad 1/3 reagowało z życzliwością, ok. 1/5 przejawiała obojętność, tylko 10% krępowało się kontaktu z osobą ze zmianami skórnymi). 30% uznało, że postawa społeczeństwa wobec osób ze schorzeniami dermatologicznymi jest

---

<sup>5</sup>Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia- pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2014, 14 (2), s. 100-105.

<sup>6</sup>Kanikowska A., Michalak M., Pawlaczyk M.: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. Nowiny Lekarskie, 2008, 77 (3), s. 195-203.

dobra/poprawna. Natomiast prawie połowa uważała, że postawa otoczenia jest niezbyt dobra.

Wygląd zewnętrzny skóry dla każdego człowieka jest jedną z możliwości przedstawienia własnej osobowości. Pacjenci ze schorzeniami dermatologicznymi mają zaniżoną samoocenę oraz postrzegają siebie jako mniej atrakcyjne. U osób tych istnieje duże ryzyko wycofania z aktywności zawodowej i społecznej, a także rozwinięcia różnego rodzaju nieprawidłowości emocjonalnych. U chorych dermatologicznie istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia depresji oraz zaburzeń neurotycznych, lękowych i skłonności do hipochondrii.

Badania Kurowskiej i wsp. wykazały, że osoby ze zmianami skórnymi miały poczucie inności. Ponadto czuły lęk i dyskomfort psychiczny w kontaktach z innymi ludźmi. Długotrwałe i uciążliwe leczenie schorzeń dermatologicznych sprawia, że usuwają się z życia towarzyskiego i rodzinnego. Ważne dla młodych ludzi, którzy rozpoczynają przystosowanie do życia z chorobą są relacje partnerskie oraz życie seksualne- zaburzone przez rozległość zmian i tkliwość skóry<sup>7</sup>.

Badania własne wykazały, iż ok. 60% społeczeństwa uważało, że osoby ze schorzeniami skóry izolują się, a 91% sądziła, że „akceptować chorego” to znaczy tolerować i szanować go takim jakim jest.

Każda choroba, a zwłaszcza przewlekła zaburza funkcjonowanie człowieka. Objawy jej towarzyszące w znaczący sposób wpływają na psychikę chorego, stają się podłożem problemów psychologicznych. Pomiędzy schorzeniami dermatologicznymi a czynnikami psychicznymi istnieją wspólne powiązania. Choroby skóry nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, ale zazwyczaj są przyczyną zmiany wyglądu chorego, tym samym rzutują na postrzeganie własnej osoby, a także jej przyjęcie przez społeczeństwo. Zmiany na skórze stają się powodem lęku innych osób przed relacją z chorym. Sama osoba ze zmianami skórnymi może stronić od kontaktu z otoczeniem ze strachu przed negatywnym odbiorem<sup>8</sup>.

Funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów ze schorzeniami skóry może mieć związek z lokalizacją zmian, a także powiązaną z nią podatnością do celowego ukrywania oznak choroby. Osoby, które koncentrują się na zakrywaniu zmian są bardziej napięte i lękliwe, a także bardziej tkliwe w kontaktach społecznych, odczuwają dyskomfort. Ci pacjenci mogą też odczuwać przewrażliwienie w kontaktach międzyludzkich, mieć negatywne oczekiwania co do wydajności tych relacji oraz doświadczać poczucia niższości<sup>9</sup>.

Wyniki badań Rolki i wsp. wskazują, że prawie połowa ankietowanych unikało kontaktów towarzyskich, a także, że zmiany skórne stanowiły dla nich problem w nawiązywaniu nowych

---

<sup>7</sup>Kurowska K., Płachecka E.: Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem łuszczycy. *Nowiny Lekarskie*, 2010, 79 (6), s. 445-450.

<sup>8</sup>Kostyla M., Stecz P., Wrzeńska M.: Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatria Polska*, 2017, 79, s. 1-13.

<sup>9</sup>Bielecki J., Zabłocki J. K., Królikowska M.: Style radzenia sobie ze stresem u osób z chorobami dermatologicznymi. *Wokół Kultury. Kwartalnik Naukowy*, 2015, 4 (24), s. 248-259.

znajomości. Powodowały większe zakłopotanie, utrudniały robienie zakupów, uprawianie sportów czy spędzanie wolnego czasu<sup>10</sup>. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskała Chilicka-Jasionowska i wsp. Wykazały one, iż zmiany skórne wpływają negatywnie na samopoczucie i komfort życia pacjentów z chorobami skóry. Zmiany te przyczyniają się do obniżenia nastroju oraz niechęci wyjścia z domu<sup>11</sup>.

W obecnych badaniach respondenci uważali, że chorzy dermatologicznie nie czują się dobrze w społeczeństwie. Ponad połowa twierdziła, iż osoby chore mogą czuć się dyskryminowane przez otoczenie, a ok. 15% odpowiedziało na pytanie o dyskryminację przecząco.

Znaczenie wyglądu zewnętrznego oraz postawa względem własnego ciała należą do podstawowych wymiarów psychicznego stanu człowieka. Wygląd skóry, a także cielesność związane z dobrym samopoczuciem i adaptacyjnym funkcjonowaniem psychicznym, odgrywając główną rolę w procesie poznawania obrazu własnego ciała, budowania poczucia własnej wartości, kształtowania adekwatnej samooceny oraz nawiązania i podtrzymania relacji z otoczeniem. Ten obraz przekształca się w negatywny, pod wpływem wszelkich chorób skóry, co w konsekwencji doprowadza do spadku poczucia jakości życia<sup>12</sup>.

Akceptacja choroby dla większości pacjentów jest ogromnym problemem, z którym borykają się przez cały czas jej trwania. Niski poziom akceptacji lub jej brak prowadzą do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, negowania sensu terapii, prób leczenia na „własną rękę” oraz poczucie dyskomfortu psychicznego. Przystosowanie się chorego do przewlekłej choroby jest trudnym procesem, dlatego przydatna może okazać się pomoc psychologiczna. Może ona być celnym wsparciem w przełamywaniu barier w relacjach międzyludzkich, lepszym radzeniu sobie ze stresem, pokonywaniu wstydu, budowaniu pozytywnego obrazu siebie, a co za tym idzie poprawieniu oceny jakości życia<sup>13</sup>.

Stopień akceptacji choroby wskazuje na sposób jej adaptacji i funkcjonowania z nią w codziennym życiu. Większa akceptacja schorzenia świadczy o lepszym przystosowaniu oraz mniejszym poczuciu dyskomfortu psychicznego. Osoby akceptujące swoją chorobę łagodniej na nią reagują, nie oczekują mało prawdopodobnych zdarzeń oraz myślą realistycznie<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup>Rolka H., Krajewska- Kułak E., Dyduch M., Kowalczyk K.: Ocena stopnia akceptacji choroby u młodzieży z trądzikiem. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18 (1), s. 47-52.

<sup>11</sup>Chilicka- Jasionowska K., Wróblewska I., Maj J., Pindur M., Wesołowska L., Błaszczuk J., Kurpas D.: Porównanie wpływu trądziku zwykłego na komfort życia studentów wydziałów medycznych. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014, 16 (1), s.11-15.

<sup>12</sup>Rosińska M., Rzepa T., Szramka- Pawlak B., Żaba B.: Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatria Polska*, 2017, 51 (61), s. 1145-1152.

<sup>13</sup>Adamska M., Juczyńska K., Miniszewska J.: Perception of the disease as determinant of illness acceptance in patients with psoriasis. *Current Problems of Psychiatry*, 2015, 16 (1), s. 26-37.

<sup>14</sup>Basińska M. A., Woźniewicz A.: Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012, 99, s. 202-209.

W badaniach Baranowskiej i wsp. osoby chore dermatologicznie nie akceptowały swojego wyglądu, narażone były na ocenę społeczną i stres. Zauważono u nich także opory przed wyjściem do miejsc publicznych, gdzie mogłyby być poddane ocenie społeczeństwa z powodu odkrytych części ciała zmienionych chorobowo<sup>15</sup>.

W badaniach własnych połowa ankietowanych uważała, że osoby z widocznymi zmianami skórnymi powinny uczestniczyć w życiu populacji oraz, że są tak samo aktywne społecznie jak osoby zdrowe. Ponad połowa badanych wybrałaby się z chorymi dermatologicznie na spotkanie towarzyskie lub plażę.

Zmiany skórne w wielkiej mierze zlokalizowane są w ekspozowanych miejscach ciała, co dodatkowo rzutuje negatywny wpływ na powszechne funkcjonowanie osób chorych i jest dla nich źródłem stresu i uczucia wstydu. Wielu chorych uczęszczając w miejsca publiczne (np. basen, kino, sklep) doświadcza odrzucenia i poczucia upokorzenia. Pacjenci przekonani są o własnej nieatrakcyjności, a także czują się unikani przez otoczenie z powodu istniejącego schorzenia. Spowodowane to jest złym przekonaniem o tym, że wszystkie choroby skóry są zakaźne<sup>16</sup>.

Schorzenia dermatologiczne, takie jak: łuszczyca, trądzik pospolity i różowaty, atopowe zapalenie skóry, bielactwo i łysienie plackowate są niezakaźne. Natomiast grzybice skóry są zakaźne. Do zakażenia dochodzi w sposób bezpośredni (od chorego człowieka) albo pośredni (poprzez kontakt z przedmiotami używanymi przez osoby zakażone)<sup>17</sup>.

Pacjenci z chorobami skóry wymagają holistycznego podejścia i dokładnej, wielostronnej obserwacji. Schorzenia dermatologiczne mają kolosalny wpływ na stan psychiczny, a ten oddziałuje na kondycję skóry. Ważne jest także, aby uwzględnić w leczeniu zmian skórnych metody poza farmakologiczne, takie jak: metody relaksacyjne, biofeedback oraz różne techniki behawioralno- poznawcze, mogące polepszyć skuteczność terapii, a co za tym idzie lepsze samopoczucie chorych dermatologicznie w społeczeństwie<sup>18</sup>.

## Wnioski

W toku przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

---

<sup>15</sup>Baranowska A., Krajewska- Kułak E., Jankowiak B., Łukaszuk C., Klimaszewska K., Kondzior D.: Ocena jakości życia pacjentów z trądzikiem pospolitym (*acne vulgaris*) z wykorzystaniem skal DLQI i CADI. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95 (3), s. 713-722.

<sup>16</sup>Hawro T., Iwo J., Zalewska A., Miniszwska J.: Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u chorych na łuszczycę [w:] *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R. (red.). Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011.

<sup>17</sup>Jabłońska S. Majewski S.: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

<sup>18</sup>Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia- pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2014, 14 (2), s. 100-105.

1. 56% ankietowanych przejawiała pozytywne postawy wobec osób chorych dermatologicznie, ale aż 44% wykazywała negatywne cechy.
2. Wiek badanych nie ma znaczenia co do postrzegania osób z chorobami skóry. Obie grupy wiekowe (18-30 lat i w wieku 40+) odnosiły się do osób ze zmianami skórnymi z życzliwością i pomocą.
3. Według ankietowanych wygląd nie ma wpływu na kontakt osób zdrowych z osobami ze schorzeniami skóry.
4. 61% respondentów uważała, że chorzy dermatologicznie powinni uczestniczyć w życiu społecznym.
5. Większość ankietowanych (54%) nie obawiała się kontaktu z osobami ze zmianami skórnymi.
6. Według ankietowanych osoby ze zmianami skórnymi mogą czuć się dyskryminowane przez otoczenie.

### **Bibliografia**

1. Adamska M., Juczyńska K., Miniszewska J.: Perception of the disease as determinant of illness acceptance in patients with psoriasis. *Current Problems of Psychiatry*, 2015, 16 (1), s. 26-37.
2. Baranowska A., Krajewska- Kułak E., Jankowiak B., Łukaszuk C., Klimaszewska K., Kondzior D.: Ocena jakości życia pacjentów z trądzikiem pospolitym (*acne vulgaris*)z wykorzystaniem skal DLQI i CADI. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014, 95 (3), s. 713-722.
3. Basińska M. A., Woźniewicz A.: Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012, 99, s. 202-209.
4. Bielecki J., Zabłocki J. K., Królikowska M.: Style radzenia sobie ze stresem u osób z chorobami dermatologicznymi. *Wokół Kultury. Kwartalnik Naukowy*, 2015, 4 (24), s. 248-259.
5. Chilicka- Jasionowska K., Wróblewska I., Maj J., Pindur M., Wesołowska L., Błaszczuk J., Kurpas D.: Porównanie wpływu trądziku zwykłego na komfort życia studentów wydziałów medycznych. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2014, 16 (1), s.11-15.
6. Hawro T., Iwo J., Zalewska A., Miniszewska J.: Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u chorych na łuszczycę [w:] *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*, Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R. (red.). Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2011.



7. Jabłońska S. Majewski S.: Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
8. Kanikowska A., Michalak M., Pawlaczyk M.: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. *Nowiny Lekarskie*, 2008, 77 (3), s. 195-203.
9. Kostyła M., Stecz P., Wrzesińska M.: Lokalizacja zmian skórnych a nasilenie objawów psychopatologicznych u pacjentów z chorobami skóry. *Psychiatria Polska*, 2017, 79, s. 1-13.
10. Kowalewska J., Graeber P.: Kształtowanie postaw zdrowotnych. *Życie szkoły*. Wydawnictwo WSiP, Warszawa 2003.
11. Kurowska K., Płachecka E.: Poczucie koherencji a stan posiadanej wiedzy o chorobie u osób z rozpoznaniem łuszczycy. *Nowiny Lekarskie*, 2010, 79 (6), s. 445-450.
12. Makowska I., Gmitrowicz A.: Psychodermatologia- pogranicze dermatologii, psychiatrii i psychologii. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2014, 14 (2), s. 100-105.
13. Michalak M.: Akceptacja osób przewlekle chorych w społeczeństwie. *Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*, 2009, 9 (2), s: 95-121.
14. Rolka H., Krajewska- Kułak E., Dyduch M., Kowalczyk K.: Ocena stopnia akceptacji choroby u młodzieży z trądzikiem. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, 18 (1), s. 47-52.
15. Rosińska M., Rzepa T., Szramka- Pawlak B., Żaba B.: Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatria Polska*, 2017, 51 (61), s. 1145-1152.
16. Strelau J., Doliński D.: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2008.
17. Wyderka M. I., Darowska J.: Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2 (60), s: 214-219.

**Anna Maria Papuga<sup>1</sup>, Mirosława Urban<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**WPLYW ŁUSZCZYCY NA DALSZE ŻYCIE PACJENTÓW  
HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE DERMATOLOGICZNYM W  
LATACH 2015-2017**

**INFLUENCE OF PSORIASIS ON THE FURTHER LIFE OF PATIENTS  
HOSPITALIZED IN THE DERMATOLOGICAL IN 2015-2017**

**Streszczenie**

Łuszczyca jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, która wpływa na stan psychiczny i relacje społeczne chorego z otoczeniem. Celem pracy jest próba oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą hospitalizowanych na Oddziale Dermatologii w 108 Szpitalu Wojskowym w Ełku w latach 2015-2017. Badania przeprowadzono metodą ankietową wśród 98 pacjentów hospitalizowanych w 108 Szpitalu Wojskowym z powodu łuszczycy. Do przeprowadzenia sondażu wykorzystałam kwestionariusz ankiety. Udział respondentów w badaniu był dobrowolny. Największy wpływ na jakość życia miały następujące czynniki: odczuwanie dolegliwości fizycznych, niska samoocena, poczucie stygmatyzacji, negatywny wpływ łuszczycy na relacje z innymi ludźmi, pracę zawodową, codzienne samopoczucie i sposób ubioru.

**Słowa kluczowe:** łuszczyca, jakość życia, dieta, leczenie biologiczne, fototerapia, stres, depresja.

**Summary**

Psoriasis is a chronic, inflammatory skin disease which influences mental state and patients' social relations with environment. The purpose of the work is to try to evaluate patients' with psoriasis quality of life who are hospitalized at the Department of Dermatology at the 108th

Military Hospital in Elk in the years 2015-2017. The studies were conducted with the use of the survey method among 98 patients who are hospitalized at 108 Military Hospital because of psoriasis. To carry out the survey the questionnaire was used. The participation of respondents in the study was voluntary. The factors that had the most negative impact on the quality of life were the following: suffering from the physical symptoms, low self-assessment, the feeling of stigmatization, adverse effect of psoriasis on relationships with other people, job, everyday mood and mode of dress.

**Key words:** psoriasis, the quality of life, diet, biological treatment, heliotherapy, stress, depression.

## Wstęp

Zapalenie skóry typu łuszczycowego najczęściej występuje u mieszkańców Europy, rzadziej u Azjatów, natomiast bardzo sporadycznie dotyka ludności czerwonoskórej i Eskimosów. Według informacji Krajowego Zespołu ds. Dermatologii i Wenerologii w Polsce na łuszczycę choruje 800 tysięcy ludzi z czego 17 tysięcy cierpi na najcięższą odmianę tego schorzenia. Uważa się, że na ewolucję choroby mają wpływ czynniki genetyczne, środowiskowe oraz immunologiczne<sup>1</sup>.

Łuszczyca to przewlekła, zapalna choroba skóry o nie do końca poznanej etiologii. Cechuje się zwiększoną proliferacją naskórka, co klinicznie objawia się obecnością złuszczejących się, rumieniowych wykwitów, ustępujących bez pozostawienia śladu blizn<sup>2</sup>.

Zmiany chorobowe w postaci czerwono-brunatnych grudek i blaszek pokrytych srebrną łuską są zlokalizowane najczęściej w obrębie owłosionej skóry głowy, łokci, kolan oraz okolicy łędźwiowo-krzyżowej; mogą także pojawiać się w obrębie całego ciała<sup>3</sup>.

Ponieważ łuszczyca jest chorobą przewlekłą, jej leczenie jest często długotrwałe. Leczenie łuszczycy może być stosowane zarówno ambulatoryjnie, jak i w szpitalu. W zależności od narastania zmian łuszczycowych stosuje się wiele metod terapeutycznych:

- w leczeniu zewnętrznym łuszczycy zastosowanie mają: kwas salicylowy, preparaty dziegciowe, cygnolina, glikokortykosteroidy, pochodne witaminy D<sub>3</sub>, pochodne kwasu witaminy A-retinoidy oraz emolienty. U dużej grupy pacjentów leczenie miejscowe daje efekty wystarczające.

---

<sup>1</sup> M.I. Wyderka, J. Darowska, Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę, *Pielęgniarstwo Polskie* 2 (2016), s. 214-215.

<sup>2</sup> S. Jabłońska, S. Majewski (red.), *Łuszczyca*, Warszawa 2010, s. 205-219.

<sup>3</sup> J. Wiśniewska, M. Różewicka-Czabańska, A. Stocka, N. Ossowska-Kreft, S. Ertmański, M. Marchlewicz, R. Maleszka, Analiza stanu psychicznego pacjentów z łuszczycą plackowatą w odniesieniu do ciężkości choroby, *Dermatologia Praktyczna* 1 (2016), s. 5-6.

- w leczeniu systemowym (ogólnym) łuszczycy stosuje się z kolei fototerapię UVA/UVB, retinoidy, metotreksat, cyklosporynę A, estry kwasu fumarowego oraz leki biologiczne, np. infliksymab<sup>4</sup>.

Każda postać łuszczycy jest inna i potrzebuje indywidualnego podejścia. Leczenie zależy od stopnia nasilenia i rozległości zmian skórnych z uwzględnieniem chorób współistniejących i ewentualnych przeciwwskazań. Bardzo ważna w leczeniu choroby jest też psychoterapia.

### **Istota łuszczycy**

Łuszczyca należy do najczęstszych genetycznie uwarunkowanych schorzeń skóry (około 2% ogółu populacji w Polsce, Europie i USA), o chronicznym i nawrotowym przebiegu, cechujące się zwiększoną proliferacją naskórka, a klinicznie złuszczającymi się wypryskami grudkowymi, ustępującymi bez pozostawienia znaku.

Najwcześniejsze dowody potwierdzające genetyczne uwarunkowania łuszczycowego zapalenia skóry pochodziły z badań nad dziedziczeniem schorzeń w rodzinach oraz badań nad bliźniętami. Łuszczycę trzeba zaliczyć do chorób wieloczynnikowych.

Rozszerzona migracja limfocytów i neutrofilów do skóry łączy się z poszerzeniem naczyń w brodawkach skórnych i znacznym pobudzeniem komórek śródskórki, indukowanym m.in. przez IL-8, która ponadto wpływa na zwiększenie na ich powierzchni ekspresji cząsteczek przylegania, ułatwiających dalej migrację komórkową.<sup>5</sup>

Dziedziczenie jest jednak najprawdopodobniej wielogenowe, nieregularne. Wśród chorych na łuszczycę ponad 60% pacjentów ma zdrowych rodziców<sup>6</sup>.

W badaniach nad podłożem genetycznym łuszczycy duże znaczenie odgrywa technika badania asocjacji całego genomu (technika GWAS), która umożliwia ocenę związku schorzenia z setkami tysięcy poznanych znaczników molekularnych genomu. Patomechanizm choroby polega na 8-krotnym skróceniu cyklu komórkowego. W przebiegu łuszczycy okres wędrówki komórek z warstwy podstawowej do rogowej wynosi 3-4 dni, natomiast w zdrowym naskórku trwa on 28 dni.

W związku z tym zwiększa się objętość naskórka oraz ilość kreatynocytów ulegających nadmiernej proliferacji, którym towarzyszy stan zapalny. W 30% przypadków choroba jest dziedziczna, a w 1-2% schorzenie dotyka osób w rodzinie zdrowej<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> L. Lewandowska, W. Kapała, Praktyka kliniczna, Ciężkie postaci łuszczycy. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 12 (2011), s. 10-11.

<sup>5</sup> B. Nedoszytko, Czy łuszczyca jest chorobą dziedziczną?, w: ABC łuszczycy. Łuszczyca w pytaniach i odpowiedziach, red. R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 13-14.

<sup>6</sup> M. Błaszczak -Kostanecka, H. Wolska (red.), Dermatologia w praktyce, Warszawa 2009, s. 126-127.

<sup>7</sup> E. Kolarczyk, Łuszczyca-nadal tajemnicza, Choroby dermatologiczne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 9(2014), s. 22-23.

## Epidemiologia

Pierwsze objawy choroby mogą wystąpić w każdym wieku. wczesne zachorowania: szczyt występowania przypada na 22,5 r.ż (u dzieci średni wiek zachorowania wynosi 8 lat). Wczesny początek choroby wskazuje na ciężki i długotrwały przebieg, towarzyszy mu zazwyczaj rodzinne występowanie łuszczycy<sup>8</sup>.

Czynniki wywołujące łuszczycę:

### 1) Infekcje

Choroby infekcyjne przebiegające z podwyższoną temperaturą ciała mogą również stymulować wysiew zmian łuszczycowych, zwłaszcza w typie pierwszym łuszczycy. Szczególnie często łuszczycę wywołują infekcje paciorkowcowe. Paciorkowce infekcje gardła są często odpowiedzialne za wywołanie objawów tzw. łuszczycy kropelkowej (drobnogrudkowej). Kolejnym czynnikiem zakaźnym, którym może stymulować wysiew zmian łuszczycowych, jest wirus HIV.<sup>9</sup>

### 2) Otyłość

Wiele badań epidemiologicznych potwierdza związek otyłości i łuszczycy, a nawet obecnie uważa się, że otyłość jest niezależnym czynnikiem ryzyka rozwoju łuszczycy i jest związana z gorszym rokowaniem w przebiegu choroby. Redukcja masy ciała, za pomocą diety niskokalorycznej w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi, łagodzi przebieg łuszczycy.<sup>10</sup>

### 3) Stres

Stany napięciowe mają wpływ na występowanie i przebieg wielu chorób skóry oraz, że schorzenia skóry wpływają na funkcjonowanie ludzi, u pacjentów z schorzeniami skóry obserwuje się więc różnego rodzaju i w różnym natężeniu problemy psychologiczne. W badaniach nad stresem wyróżnia się najczęściej trzy jego zasadnicze typy:

- stres środowiskowy - stres fizjologiczny - stres psychologiczny<sup>11</sup>.

### 4) Styl życia i nałogi

Łuszczycyca jest dolegliwością negatywnie wpływającą na wiele sfer życia chorych. Ludzie z tym schorzeniem często izolują się od otoczenia. U znacznego odsetka cierpiących pacjentów na łuszczycę diagnozuje się objawy depresyjne. Obniżenie nastroju w istotny sposób wpływa na styl życia chorych. Brak regularnego leczenia przyczynia się do rozwoju schorzeń układu sercowo-

---

<sup>8</sup> A. Kaszuba, Z. Adamski (red.), Leksykon Dermatologiczny Tom I, Lublin 2011, s. 333-335.

<sup>9</sup> A. Neneman, Czynniki predylekcyjne w łuszczycy. Zeszyt Dermatologiczny Wydanie Specjalne Magazynu Pielęgniarki i Położnej, 10 (2016), s. 2-3.

<sup>10</sup> A. Owczarczyk-Saczonek, Związki łuszczycy z otyłością, Przegląd Dermatologiczny 4 (2014), s. 268.

<sup>11</sup> W. Kapała, Psychoterapia schorzeń skóry, Łuszczycyca a psyche. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1-2(2013), s. 12-13.

naczyniowego<sup>12</sup>.

Wśród chorych na łuszczycę zauważa się wzmożoną konsumpcję używek, wręcz brak kontroli w spożywaniu trunków alkoholowych.

### **Objawy łuszczycy**

Pierwsze oznaki choroby (często w wieku szkolnym) mogą być poprzedzone anginą lub inną chorobą infekcyjną. W łuszczycowym zapaleniu skóry wszystkie zdarzenia patogenetyczne prowadzą powstania wykwitów grudkowych barwy czerwono-brunatnej, znacznie odgraniczonych od otoczenia, pokrytych srebrzystymi łuskami, które ustępują bez pozostawienia śladu<sup>13</sup>.

Macierzystym wypryskiem w ewolucji tej egzemy jest różowo-czerwona grudka wyścielona srebrzystą lub żółtawą łuseczką. Zmiany tego typu mogą się zlewać w większe plackowate wykwity, zajmujące rozległe powierzchnie skóry. Zmiany łuszczycowe najczęściej lokalizują się: w okolicy stawów kolanowych oraz stawów łokciowych ponadto występuje na owłosionej skórze głowy, łuska występuje w okolicy krzyżowej i wyprostnych powierzchni kończyn<sup>14</sup>.

Zazwyczaj wysiewają się na dużych powierzchniach powłok skórnych, często na skutek przebytej infekcji. Zmiany łuszczycowe osiągają rozmiar kilku centymetrów i osłaniają je srebrne łuski. Ogniska, które długo się utrzymują, są nierówne i zgrubiałe.

Specyficzne dla aktywnej łuszczycy jest objaw Koebnera polegający na pojawieniu się po upływie 6-12 dni zmian łuszczycowych wzdłuż linii zadrapania naskórka. Tego objawu nie da się wywołać w zmianach ustępujących<sup>15</sup>.

### **Miejsca występowania zmian łuszczycowych**

Charakterystyczna lokalizacja zmian łuszczycowych to objęcie obszarów skóry nad prostownikami, tj. łokciami, kolanami, okolicy lędźwiowo-krzyżowej oraz owłosionej skóry głowy. Zmiany są zwykle symetryczne<sup>16</sup>.

Lokalizacja występowania zmian łuszczycowych w zależności od typu:

1) Ostra kropelkowa

---

<sup>12</sup> A. Szczerowska-Dobosz, Czy łuszczycyca zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe? w: ABC łuszczycy. Łuszczycyca w pytaniach i odpowiedziach, (red.) R. Nowicki, A. Szczerowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 40.

<sup>13</sup> K. Podlewska, Medycyna estetyczna i kosmetologia, Warszawa 2014, s. 163.

<sup>14</sup> D. Wielowieyska-Szybińska, A. Wojas-Pelc, Przebieg i postępowanie w łuszczycy zwykłej, Postępy Dermatologii i Alergologii 2 (2012), s.124.

<sup>15</sup> K. Podlewska, Medycyna estetyczna i kosmetologia, Warszawa 2014, s. 163.

<sup>16</sup> A. Zalewska-Janowska, H. Błaszcyk, Choroby skóry, Warszawa 2009, s. 96.

Rozsiana, uogólniona, głównie na tułowiu

## 2) Przewlekła stabilna

Pojedynczy wykwit lub wykwity zlokalizowane w jednym lub więcej miejscach o większym ryzyku wystąpienia zmian: na łokciach, kolanach, w okolicy krzyżowo-pośladkowej, na skórze owłosionej głowy i na dłoniach/podeszwach.

Szczególne umiejscowienie:

- owłosiona skóra głowy

Zmianom skórnym może towarzyszyć świąd, bolesność, wzmożone wypadanie włosów, a także poczucie stygmatyzacji, które skutkują znaczącym obniżeniem jakości życia pacjentów.

Wczesna diagnoza łuszczycy skóry owłosionej głowy i odpowiednia terapia pozwalają zapobiec ujemnym następstwom klinicznym i psychospołecznym choroby<sup>17</sup>.

- twarz

Rzadka lokalizacja, ale w przypadku obecności zmian chorobowych oporna na terapię.

- płytki paznokciowe

Zmiany w obrębie płytki paznokciowej są bardzo specyficzne i stanowią istotny czynnik diagnostyczny tego schorzenia. Zaawansowane zmiany paznokciowe polegają na tym, że płytki paznokciowe rozwarstwiają się są matowe, zgrubiałe, kruche, białawo żółte oraz poprzecinane poprzecznymi bruzdami<sup>18</sup>.

## **Łuszczyca zwyczajna**

Rozpoczęcie się choroby możliwe w każdym wieku. Pierwsze objawy zachorowania: szczyt występowania przypada na 22,5 r.ż. (u dzieci średni wiek zachorowania wynosi 8 lat). Późne zapadanie występuje w wieku około 55 lat.

Najczęstszy typ łuszczycy, do której odnoszą się wszystkie tradycyjne opisy. Cechuje się wykwitami pierwotnymi w postaci grudek barwy czerwonej pokrytych mniej lub bardziej nawarstwionymi łuskami. Zmiany łuszczycowe mogą dotyczyć wszystkich części ciała, jednak rzadko występują na twarzy<sup>19</sup>.

Dziedziczenie poligenowe. Gdy jedno z rodziców ma łuszczycę, schorzenie rozwinie się u 8 % potomstwa, jeśli oboje rodziców mają łuszczycę- u 41% potomstwa. Nagła, ostra infekcja paciorkowcowa przyspiesza z kolei wystąpienie łuszczycy kropelkowej. Nawroty łuszczycy może wywołać stres, uważany za czynnik wyzwalający.

---

<sup>17</sup> L. Rudnicka, M. Sikora, Łuszczyca skóry owłosionej głowy – wyzwanie terapeutyczne?, Przegląd Dermatologiczny 2 (2017), s. 194.

<sup>18</sup> R. Maleszka, Łuszczyca paznokci, Przegląd Dermatologiczny 4( 2014), s.276.

<sup>19</sup> M. Błaszczak-Kostaniecka, H. Wolska red., Dermatologia w praktyce, Warszawa 2009, s. 126-127.

Istnieją 2 główne typy:

1) Typ wysiewny, zapalny z rozszanymi małymi grudkami i większą tendencją do spontanicznego ustępowania, stosunkowo rzadki (< niż 2% wszystkich przypadków łuszczycy).

2) Przewlekła stabilna (plackowata) łuszczycyca u większości pacjentów przewlekłe niebolesne zmiany plackowate utrzymują się miesiącami lub latami i ulegają zmianom bardzo powoli<sup>20</sup>.

### **Erytrodermia łuszczycowa**

Erytrodermia łuszczycowa jest ciężką odmianą łuszczycy, która jest sprawdzianem klinicznym dla dermatologów. W tej postaci obserwuje się znacznie zwiększony odsetek zapadalności i niestety podwyższony stopień umieralności.

Symptomy skórne erytrodermii łuszczycowej to rumień, obrzęk, powierzchowne złuszczenie, utrata włosów lub dystrofia płytek paznokci, którym towarzyszą objawy ogólne, jak gorączka, dreszcze, osłabienie, męczliwość lub zastoinowa niewydolność serca.

Erytrodermia łuszczycowa odznacza się różną ciężkością i nasileniem objawów. U pewnych pacjentów przebieg choroby jest gwałtowny i podczas gdy u niektórych jej rozwój jest długi z częstymi nawrotami<sup>21</sup>.

### **Łuszczycyca krostkowa**

Schorzenie z obszaru łuszczycy odznaczająca się powstaniem powierzchownych jałowych krostek. Charakteryzuje ją postać uogólnioną i dwie postaci ograniczone: łuszczycyca krostkowa dłoni i stóp i zapalenie ciągle krostkowe skóry kończyn.

Na skórze pojawiają się nagle, wybitnie zapalne rozognione zmiany z tworzeniem się drobnych powierzchownych krostek, często na obwodzie ognisk rumieniowych. Specyficzna woń mysich nor. Symptomy ogólne są szczególnie wzmożone w przypadkach uogólnionych z gorączką nawet > 40 stopni C, niekiedy ze szczególnie wyrażonymi objawami utraty białka, enteropatią i zaburzeniami odporności prowadzącymi do infekcji<sup>22</sup>.

- Łuszczycyca aparatu paznokciowego

Należy do najczęstszych chorób skóry zajmującą aparat paznokciowy, więcej niż 50% osób z łuszczycą na pewnym etapie choroby ma zajęte płytki paznokciowe.

---

<sup>20</sup> K. Wolff, R.A. Johnson, A.P. Saavedra, D. Krasowska (red.), Atlas i zarys dermatologii klinicznej T. I, Lublin 2014, s. 48-49.

<sup>21</sup> M. Rosenbach, S. Hsu, N. J. Korman, M. G. Lebwohl, M. Young, B. F. Bebo, J. PhD, A. S. Van Voorhees, Leczenie erytrodermii łuszczycowej – zalecenia Narodowej Fundacji Łuszczycy Dermatologia po Dyplomie, 6 (2011), s. 6.

<sup>22</sup> A. Kaszuba, Z. Adamski (red.), Leksykon Dermatologiczny Tom I, Lublin 2011, s. 333-335.



- *plamy olejowe*
- onycholiza
- hiperkeratoza pod paznokciową
- płytki paznokciowe stają się uniesione powyżej hyponychium
- wybroczyny krwotoczne typu drzazgi<sup>23</sup>.

### **Łuszczyca stawowa**

Zapalenie stawów typu łuszczykowego (ŁZS) jest uporczywym i zapalnym schorzeniem stawów zaliczanych do grupy zapaleń stawów z zajęciem kręgosłupa, tzw. spondyloartropatii. Zapalenie stawów zwykle współistnieje z łuszczyką skóry<sup>24</sup>.

Postać stawowa łuszczycy, może rozwijać się zarówno u ludzi z łuszczyką zwyczajną, jak i krostkową. Mianem tym określa się seronegatywne zapalenie stawów u osoby ze skórnymi lub nawet tylko paznokciowymi objawami łuszczycy. Łuszczyca stawowa może ponadto, przy kolejnych rzutach choroby, prowadzić do trwałych zniekształceń i nasilenia się inwalidztwa<sup>25</sup>.

### **Metody leczenia łuszczycy**

W dzisiejszych czasach łuszczyca to nie tylko choroba skóry, lecz przede wszystkim ogólnoustrojowe schorzenie zapalne ze współistniejącymi licznymi zaburzeniami metabolicznymi.

Należy mieć na uwadze pozaskórne problemy chorych na łuszczykę, gdyż ma to bardzo istotne znaczenie dla skuteczności terapii i jakości życia tych pacjentów<sup>26</sup>.

Sposób leczenia należy dobierać specyficznym dla każdego pacjenta.

Ogólne leczenie łuszczycy stosuje się w postaciach łuszczycy zwykłej o ciężkim przebiegu, niepoddających się leczeniu miejscowemu lub u pacjentów nietolerujących tego leczenia, a także u chorych, u których schorzenie stanowi znaczne przeżycie psychiczne lub ogranicza wykonywanie aktywności zawodowej<sup>27</sup>.

Terapia miejscowa jest najpowszechniejszą metodą wykorzystywaną w leczeniu łuszczycy. Do najważniejszych substancji miejscowych należą: cygnolina, glikokortykosteroidy

<sup>23</sup> K. Wolff, R. A. Johnson, A.P. Saavedra, D. Krasowska (red.), Atlas i zarys dermatologii klinicznej T. III, Lublin 2014, s. 762-763.

<sup>24</sup> A. Lesiak, Łuszczykowe zapalenie stawów – praktyczne aspekty diagnostyki i terapii. Przegląd Dermatologiczny 2 (2017), s. 204.

<sup>25</sup> H. Wolska, Łuszczyca i choroby z jej kręgu w: Dermatologia w praktyce, red. M. Błaszczuk-Kostanecka, H. Wolsk, Warszawa 2009, s. 130.

<sup>26</sup> J. Maj, Wytuczne leczenie łuszczycy – teoria a praktyka w Polsce, Przegląd Dermatologiczny 2 (2017), s.203.

<sup>27</sup> R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz red., ABC łuszczycy. Łuszczyca w pytaniach i odpowiedziach, Poznań 2016, s.103-119.

oraz pochodne witaminy D3.

Szczególnie istotna jest systematyczna pielęgnacja i nawilżanie skóry. Używanie preparatów o działaniu nawilżającym i natłuszczającym, zawierające substancje lipidowe i w znacznej mierze wiążące wodę. Środki te pacjenci powinni stosować regularnie także w porach remisji<sup>28</sup>.

W terapii miejscowej glikokortykosteroidy są lekami bardzo często wykorzystywanymi do leczenia łuszczycy. Posiadają potwierdzoną skuteczność oraz krótki czas, w którym są widoczne bardzo dobre wyniki lecznicze. Podstawową sekwencją tego leku jest oddziaływanie na aparat genetyczny komórki, co powoduje blokowanie albo stymulowanie produkcji swoistych białek.

Leczenie glikokortykosteroidami pozwala uzyskać ogromną poprawę w stanie skóry, niestety odstawienie leku prowadzi do wysiewu zmian łuszczycowych niejednokrotnie o bardziej wzmożonym stopniu nasilenia niż przed kuracją (tzw. efekt z odbicia)<sup>29</sup>.

Zastosowanie analogów witaminy D do terapii chorych na łuszczycę stanowiło istotną ewolucję, związaną nie tylko z ich skutecznością w uzyskiwaniu remisji zmian skórnych.

Aktualnie znane są trzy analogi: takalcytol, kalcypotriol i maksakalcytol. W Polsce w leczeniu dermatologicznym zalecane są jedynie dwa pierwsze.

Preparaty pochodne witaminy D mogą wywoływać miejscowe podrażnienie skóry, z towarzyszącym uczuciem świądu czy też pieczenia.

Preparatami hamującymi patologiczne podziały mitotyczne są dziegiecie, czyli wyrób destylacji różnych gatunków drewna lub węgla kamiennego. Mechanizm działania dziegci polega na hamowaniu procesów oddychania tkankowego, co zmniejsza liczbę podziałów mitotycznych w warstwie podstawnej naskórka i skutkuje normalizacją procesów rogowacenia.

W trakcie kuracji należy pamiętać jednak o konieczności wystrzegania się ekspozycji na słońce ze względu na fototoksyczność tych środków<sup>30</sup>.

**Metotreksat (MTX)**, należy do leków cytostatycznych, Należy do najczęściej stosowanych leków systemowych w ciężkich postaciach łuszczycy w Europie. Najniebezpieczniejszym ostrym powikłaniem leczenia metotreksatem jest aplazja szpiku. Dodatkowo, lek może naruszać nerki, działać hepatotoksycznie, z wywołaniem marskości wątroby oraz działać kancerogennie.

Podczas leczenia, ważne jest regularne wykonywanie morfologii krwi, enzymów wątrobowych i badań czynności nerek.

---

<sup>28</sup>C. Gelmetti, Therapeutic moisturizers as adjuvant therapy for psoriasis patients. Am J Clin Dermatol 10 (2009), s. 7-12.

<sup>29</sup>D. Purzycka-Bohdan, A. Szczerkowska-Dobosz Jak dobrać leki miejscowe ? w: ABC łuszczycy. Łuszczycy w pytaniach i odpowiedziach, (red. ) R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 105-106.

<sup>30</sup>J. Krajewska, Farmakoterapia. Pielęgnacja skóry w łuszczycy, Lek w Polsce 6-7 (2015), s.53.

Na rynku ukazują się coraz to nowe substancje, takie jak cyklosporyna czy leki biologiczne. Metotreksat wciąż jest jednym z częściej zalecanych leków, zwłaszcza w łuszczycy stawowej<sup>31</sup>.

**Cyklosporyna A (CyA)** lek stosowany od dawna w łuszczycy wymagającej terapii ogólnej. Cyklosporyna A działa immunosupresyjnie, powstrzymuje aktywację komórek T, a zatem produkcję interleukiny 2 i innych prozapalnych cytokin. Proces ten powoduje, że lek wyróżnia się wysoką skutecznością

Retinol, jest podstawową postacią witaminy A, musi być dostarczany do organizmu z pożywieniem w postaci nieaktywnych prowitamin:  $\beta$ -karotenu lub estrów retinyłu. Źródłem pierwszej z nich są warzywa (np. marchew, szpinak, sałata, brokuły, dynia), owoce (np. melony, pomarańcze) i żółtka jaj. Tymczasem estry retinyłu (palmitynian, propionian, octan) mieszczą się w mleku, serach, rybach, mięsie i wątrobie. Retinoidy stosowane w leczeniu mają wpływ na mechanizmy prowadzące do rozwoju zmian chorobowych w zakresie utrzymania odpowiedniego stanu skóry, jak i prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego<sup>32</sup>.

Rozważna ekspozycja na słońce sprzyja dobremu samopoczuciu i ma pozytywny wpływ na zdrowie, m.in.

Zaleceniem stosowania fotochemoterapii stanowią: łuszczycyca zwyczajna, łuszczycyca dłoni i stóp, łuszczycyca stawowa i erytrodermia łuszczycowa<sup>33</sup>.

Zazwyczaj w czasie fototerapii kontrola dermatologiczna powinna być dokonywana nie rzadziej niż co 8–10 naświetlań. Powiązanie fototerapii lub fotochemoterapii z retinoidami (acytretyną) daje możliwość uzyskania poprawy i zredukowanie dawki UV otrzymanej przez pacjenta<sup>34</sup>.

Najczęstsze działania niepożądane w fototerapii to: rumień i pieczenie skóry, może pojawić się także świąd jako wynik nadmiernej suchości skóry<sup>35</sup>.

redukującą, a także wydaje się, że wypłukują zawarte w naskórku czynniki prozapalne i wzmagają immunosupresyjny skutek promieniowania UV<sup>36</sup>.

### **Założenia i cel pracy**

Celem pracy jest próba oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą hospitalizowanych na

---

<sup>31</sup> J. Maj, Wytyczne leczenia łuszczycy – teoria a praktyka w Polsce, *Przegląd Dermatologiczny* 2 (2017), s.203.

<sup>32</sup> H. Marona, A. Gunia, E. Pękała, Retinoidy – rola w farmakoterapii w aspekcie komórkowego mechanizmu działania, *Farmacja Polska*, 3 (2010), s.191.

<sup>33</sup> W. Placek, Fototerapia, fotochemoterapia, *Przegląd Dermatologiczny* 4 (2014), s. 264-265.

<sup>34</sup> J. Szepietowski, Z. Adamski, G. Chodorowska, A. Kaszuba, W. Placek, L. Rudnicka, A. Reich, Leczenie łuszczycy – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Część II: łuszczycyca umiarkowana do ciężkiej, *Przegląd Dermatologiczny* 6 (2014), s. 457-458.

<sup>35</sup> Tamże, 465–472.

<sup>36</sup> Tamże, s. 526-527.

### **Material i metodyka badań**

Badania przeprowadzono w formie kwestionariusza ankiety. Badaniem objęto pacjentów hospitalizowanych w 108 Szpitalu Wojskowym z powodu łuszczycy. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komendanta Szpitala. Ankieta zawierała 31 pytań dotyczących problemów, z jakimi spotykają się pacjenci z tym schorzeniem.

- Jak bardzo łuszczycyca przeszkadzała w wykonywaniu codziennych prac domowych?
- Czy łuszczycyca była przyczyną problemów w relacjach z partnerem, bliskim przyjacielem lub krewnymi?
- Czy leczenie łuszczycy jest satysfakcjonujące?
- Czy choroba ma negatywny wpływ na stan psychiczny?

W badaniu ankietowym udział wzięło 110 osób hospitalizowanych w 108 Szpitalu Wojskowym w Elku na Oddziale Dermatologicznym. Ankietowani byli w wieku 19-69 lat. Wśród badanych zdecydowaną większość stanowili mężczyźni 64,0%. Z pośród całej badanej grupy chorych na łuszczycę 34 % miało dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy. A 55% ankietowanych podaje powstanie pierwszych objawów łuszczycy po przebytych infekcjach górnych dróg oddechowych. Wśród ankietowanych na oddziale dermatologicznym do najczęstszych postaci łuszczycowego zapalenia skóry należą: łuszczycyca zwyczajna 45 %, następnie łuszczycyca krostkowa dłoni i stóp oraz łuszczycyca owłosionej skóry głowy, te dwie postaci na identycznym poziomie po 25% i 5% to łuszczycyca krostkowa uogólniona.

Z powodu nawracającego charakteru łuszczycy oraz rozwoju wielu chorób współistniejących u pacjentów dochodzi do ujawnienia się zaburzeń w sferze psychicznej pod postacią depresji. Wśród ankietowanych aż 89 (91%) osób leczyło się lub leczy z powodu depresji. Tylko 9 (9%) pacjentów nie wymagało pomocy z powodu zaburzeń emocjonalnych.

Według badań 71 (73 %) chorych podaje, że łuszczycyca zdecydowanie wpływa na codzienne wykonywanie prac domowych, i dominowały w tej grupie kobiety. Szczególnie skarżyły się na narastający ból, świąd i pieczenie skóry po pracach domowych. Do tej grupy należą pacjenci, u których zdiagnozowano łuszczycę krostkową dłoni i łuszczycę zwyczajną. Natomiast 22 osoby (23%), byli to mężczyźni którzy raczej nie mają problemów z czynnościami domowymi.

Łuszczycyca ma również duże znaczenie socjoekonomiczne. Wskutek częstszej nieobecności w miejscu pracy (zaostrenie procesu chorobowego), zmniejszonej produktywności, braku zatrudnienia stanowi również niebagatelny problem dla chorych na łuszczycę. Wśród respondentów 60 osób (61%) opuściło w ubiegłym roku od 22 do 28 dni pracę lub szkołę z powodu zaostrenia objawów choroby, a 7 osób (7%) zmuszonych było do absencji w pracy powyżej 28

dni.

Dieta oraz eliminacja używek w znacznym stopniu ogranicza wysiew zmian łuszczykowych. Na pytanie dotyczące stosowania diety 76 (78%) ankietowanych odpowiedziało, że nie stosuje, a 22 osoby (22%) tak i były to przede wszystkim kobiety. Natomiast aż 89 osób (91%) odpowiedziało zdecydowanie tak na pytanie o wpływie odpowiednio dobranej diety na mniejszy wysiew zmian łuszczykowych i 9 osób (9%) raczej tak. W całej badanej grupie chorych na łuszcycę częstość występowania nałogu palenia wyniosła 73%, a nałogu alkoholowego 25%.

Zmiany łuszczykowe zajmujące skórę i płytkę paznokciową często zwracają uwagę wielu osób. Złuszczone naskórek gromadzący się w miejscu przebywania pacjenta wymaga regularnego sprzątania. Znaczna większość pacjentów 92 (94%) osoby przyznało, że zdecydowanie tak łuszczyca wpływa na sposób i rodzaj ubioru. Raczej tak odpowiedziały 3 (3%) osoby.

W związku z wystąpieniem u badanych zmian chorobowych na skórze głowy, 42 (43%) pacjentów czuje zdecydowanie tak zakłopotanie przy korzystaniu z usług fryzjerskich, 43 (44%) raczej tak, nie wiem odpowiedziały 3 (3%) osoby, zdecydowanie nie 6 (6%) osób, raczej nie 4 (4%). Często zdarza się, że pacjenci którzy mają potrzebę korzystania z tych usług rezygnuje z wizyty w zakładzie fryzjerskim. I tu również kobiety były w grupie dominującej, dla nich wygląd jest bardzo ważny i najliczniej udzieliły odpowiedzi zdecydowanie tak.

Zauważalne zmiany skórne sprawiają, że chorzy obawiają się jakiegokolwiek kontaktu fizycznego z ludźmi zdrowymi, nawet zwyczajnego podania ręki. Przebadane osoby na pytanie czy łuszczyca była przyczyną problemów w relacjach z otoczeniem większa połowa 68 (69%) badanych odpowiedziało zdecydowanie tak, 25 (26 %) osób raczej tak, na odpowiedź nie wiem 5 (5%), zdecydowanie nie i raczej nie, nie było w odpowiedzi.

W leczeniu łuszczyki ankietowani wskazali najczęściej stosowane u nich metody leczenia. Najczęściej stosowana jest Cyklosporyna A 42 osoby (43%), Dziegicie i Cygnoliny po 15 osób (po 15%), Retinoidy 5 osób (5%) i 21 osób Fotochemoterapię (22%).

Na pytanie, co nie podoba się w leczeniu łuszczyki ankietowani odpowiedzieli zgodnie, dzieląc się na połowę. Leczenie jest drogie 49 osób (50%) i 49 osób (50%) leczenie jest czasochłonne.

Respondenci na pytanie o wyrażenie zgody na zastosowanie nowego leku odpowiedzieli: zdecydowanie tak 59 osób (60%), raczej tak 18 osób (19%), nie wiem 10 osób (10%), zdecydowanie nie 4 osób (4%),

Zmiany łuszczykowe są widoczne dla otoczenia i często stają się skutkiem braku akceptacji ze strony społeczeństwa. Łuska łuszczykowa na skórze uznawana jest przez „zdrowe osoby” jak choroba zakaźna. Pacjenci na pytanie o negatywny wpływ choroby na korzystanie ze środków komunikacji publicznej odpowiedziało zdecydowanie tak 64 osoby (65%), raczej tak 31 osób

(32%), nie wiem nie było odpowiedzi, a zdecydowanie nie 3 osoby (3%).

## Dyskusja

Schorzenie dermatologiczne, które w ewidentny sposób odmieńa wygląd skóry, sprawia reakcję psychologiczną chorego. Odpowiedź ta ma decydujący wpływ na poziom życia uwarunkowaną stanem zdrowia<sup>37</sup>. Z przeprowadzonych analiz wynika, że u chorych hospitalizowanych z powodu łuszczycy oprócz przewlekłej dermatozy występują schorzenia narządów wewnętrznych. Należą do nich następujące choroby: nadciśnienie tętnicze - 51 %, choroba niedokrwienna serca - 23 %, cukrzyca - 15%, otyłość - 3%, a alkoholizm - 8%.

Z kolei w badaniu przeprowadzonym przez A. Neneman i wsp. stwierdzono, że częstość współistnienia różnych schorzeń u chorych na łuszczycę wynosi: hipercholesterolemia około 40%, nadciśnienie tętnicze około 7,68%, choroba niedokrwienna serca około 8,93%, cukrzyca typu 2 około 8,03%, zaś cukrzyca typu 1 około 1,78%. Ponadto wykazano też, że częstość współwystępowania nałogów u chorych na łuszczycę wynosi: palenie tytoniu około 43,75%, a spożywanie alkoholu około 25,89%<sup>38</sup>.

Badania przeprowadzone przez Richards i wsp. ukazują jak ogromny wpływ ma ta egzema na sferę psychiczną w których analizowano powiązanie między stygmatyzacją wywołaną łuszczycą a zaburzeniem funkcjonowania w życiu codziennym i doświadczanym napięciem<sup>39</sup>.

Pytania w ankiecie pokazują, że łuszczyca jest chorobą, która wpływa, na jakość życia osób nią dotkniętych. Znacznie ponad połowa chorych podaje, że łuszczyca zdecydowanie wpływa na codzienne wykonywanie prac, dominowały w tej grupie kobiety. Szczególnie skarżyły się na narastający ból, świąd i pieczenie skóry po pracach domowych. Według badań M.A Gupty i wsp., wzmożony świąd związany jest z zaburzeniami depresyjnymi u chorych, terapia przeciwdepresyjna może znacznie obniżyć stopień doznawanego świądu<sup>40</sup>.

Przewidując odrzucenie, pacjenci wystrzegają się ewentualności, w których musieliby pokazywać zmiany chorobowe. W badaniach Krueger i wsp. stwierdzają, że prowadzi do upośledzenia ich funkcjonowania społecznego. Charakterystyczne jest, że chorzy ze zmianami

<sup>37</sup> A. Baranowska, E. Krajewska-Kulak, A. Szyszko-Perłowska, A. Bielemuk, B. Jankowiak, E. Rozwadowska, Problem jakości życia w dermatologii, Problemy Pielęgniarstwa 1 (2011), s. 109-115.

<sup>38</sup> A. Neneman, Z. Adamski, Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę, Forum Medycyny Rodzinnej 6 (2009), s. 451-452.

<sup>39</sup> H.L. Richards, D.G. Fortune, C.E.M. Griffiths. et al.: The contribution of perception of stigmatization to disability in patients with psoriasis. J. Psych. Res., 50(2001), s. 11-15.

<sup>40</sup> M.A. Gupta, N.J. Schork., A.K. Gupta: Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. Arch. Dermatol.,124, (1988), s. 1052-1057.

pojawiającymi się na głowie, rękach i ramionach interpretują swoje schorzenie jako znacznie upośledzającą ich funkcjonowanie niż chorzy ze zmianami jedynie na tułowiu i kończynach dolnych<sup>41</sup>.

Łuszczycowe zapalenie skóry ma duże oddziaływanie na życie powszednie w rodzinie i prywatne pacjenta. Schorzenie to sprawia, że większa część stroni od wizyt u fryzjera i gabinetów kosmetycznych (szczególnie kobiety), zajmowania się sportem, unika pływania. Zapalenie skóry przyjmowane jest przez „zdrowe osoby” jako schorzenie zakaźne, zapewne jest to skutek ogólnoludzkiego deficytu wiadomości o etiopatogenezie choroby. Izolowanie się wśród ludzi sprawia poczucie odrzucenia i upokorzenia pomiędzy pacjentami.

Wszelkie anomalie w funkcjonowaniu, zaburzenia fizyczne, niska samokrytyka ograniczają jakość życia pacjentów chorujących na łuszczycę.

## **Wnioski**

Z przeprowadzonych badań uzyskano następujące wnioski:

1. Z analizy ankiet wynika, że wśród badanej populacji mężczyźni są dominującą grupą. Prawdopodobnie czynnikami decydującymi o tym fakcie jest nadmierne stosowanie używek, nie przestrzeganie diety i zaleceń lekarskich. Natomiast wykształcenie i stan cywilny nie różnicują badanych pod względem oceny jakości życia.

2. Bez względu na nasilenie zmian skórnych w przebiegu łuszczycy, jakość życia chorych na tę dermatozę jest znacznie obniżona, szczególnie w relacjach społecznych oraz pracy zawodowej. Wywiera znaczny wpływ na wiele stref życia chorego, jak np.: życie rodzinne, społeczne, karierę zawodową czy finanse. Ze względu na łuszczycę, pacjenci niejednokrotnie doświadczają odrzucenia społecznego i unikają kontaktów społecznych.

3. Choroba również ogromnie wpływa na życie codzienne, znaczna większość unika wizyt u fryzjera, uprawiania sportu, opalania się, zakupu nowej odzieży.

4. Wśród badanych ponad połowa niechętnie korzysta z komunikacji publicznej. Podobny odsetek badanych spotkała się z nieprawdziwą opinią, że ich schorzenie jest chorobą zakaźną. Jest też grupa osób, które spotkały się z sytuacją, że ktoś miał obawy, zajmując obok nich miejsce w autobusie. Niewątpliwie choroba ma negatywny wpływ na korzystanie ze środków komunikacji publicznej.

5. W przeprowadzonym badaniu zaobserwowano, że im większy wpływ łuszczycy na poszczególne aspekty codziennego życia odczuwa chory tym większe jest prawdopodobieństwo

---

<sup>41</sup> G. Krueger, J. Koo, M. Lebwohl, i wsp. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient- membership survey. „Archives of Dermatology”, 137, (2001), s. 280- 284.

niskiej jakości życia i pojawienia się objawów depresji.

6. Terapia łuszczycy oprócz leczenia objawowego zmian skórnych powinna uwzględniać również działania skierowane na poprawę jakości życia chorego, tym bardziej, że stopień zaawansowania zmian skórnych często ma związek ze stopniem upośledzenia jakości życia.

### **Bibliografia**

1. M.I. Wyderka, J Darowska, Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę, *Pielęgniarstwo Polskie* 2 (2016), s. 214-215.
2. S. Jabłońska, S. Majewski (red.), *Łuszczycyca*, Warszawa 2010, s. 205-219.
3. J. Wiśniewska, M. Różewicka-Czabańska, A. Stocka, N. Ossowska-Kreft, S. Ertmański, M Marchlewicz, R. Maleszka, Analiza stanu psychicznego pacjentów z łuszczycą plackowatą w odniesieniu do ciężkości choroby, *Dermatologia Praktyczna* 1 (2016), s. 5-6.
4. L. Lewandowska, W. Kapała, Praktyka kliniczna, Ciężkie postaci łuszczycy. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 12 (2011), s. 10-11.
5. B. Nedoszytko, Czy łuszczycyca jest chorobą dziedziczną?, w: *ABC łuszczycy. Łuszczycyca w pytaniach i odpowiedziach*, red. R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 13-14.
6. M. Błaszcyk -Kostanecka, H. Wolska (red.), *Dermatologia w praktyce*, Warszawa 2009, s. 126-127.
7. E. Kolarczyk, Łuszczycyca-nadal tajemnicza, *Choroby dermatologiczne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 9(2014), s. 22-23.
8. A. Kaszuba, Z. Adamski (red.), *Leksykon Dermatologiczny Tom I*, Lublin 2011, s. 333-335.
9. A. Neneman, Czynniki predylekcyjne w łuszczycy. *Zeszyt Dermatologiczny Wydanie Specjalne Magazynu Pielęgniarki i Położnej*, 10 (2016), s. 2-3.
10. A. Owczarczyk-Saczonek, Związki łuszczycy z otyłością, *Przegląd Dermatologiczny* 4 (2014), s. 268.
11. W. Kapała, Psychoterapia schorzeń skóry, Łuszczycyca a psyche. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1-2(2013), s. 12-13.
12. A. Szczerowska-Dobosz, Czy łuszczycyca zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe? w: *ABC łuszczycy. Łuszczycyca w pytaniach i odpowiedziach*, (red.) R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 40.
13. K. Podlewska, *Medycyna estetyczna i kosmetologia*, Warszawa 2014, s. 163.
14. D. Wielowieyska-Szybińska, A. Wojas-Pelc, Przebieg i postępowanie w łuszczycy zwykłej, *Postępy Dermatologii i Alergologii* 2 (2012) , s.124.
15. A. Zalewska-Janowska, H. Błaszcyk, *Choroby skóry*, Warszawa 2009, s. 96.



16. L. Rudnicka, M. Sikora, Łuszczycyca skóry owłosionej głowy – wyzwanie terapeutyczne?, *Przegląd Dermatologiczny* 2 (2017), s. 194.
17. R. Maleszka, Łuszczycyca paznokci, *Przegląd Dermatologiczny* 4( 2014), s.276.
18. M. Błaszczyk-Kostaniecka, H. Wolska red., *Dermatologia w praktyce*, Warszawa 2009, s. 126-127.
19. K. Wolff, R.A. Johnson, A.P. Saavedra, D. Krasowska (red.), *Atlas i zarys dermatologii klinicznej T. I*, Lublin 2014, s. 48-49.
20. M. Rosenbach, S. Hsu, N. J. Korman, M. G. Lebwohl, M. Young, B. F. Bebo, J. PhD, A. S. Van Voorhees, Leczenie erythrodermii łuszczycowej – zalecenia Narodowej Fundacji Łuszczycy *Dermatologia po Dyplomie*, 6 (2011), s. 6.
21. A. Kaszuba, Z. Adamski (red.), *Leksykon Dermatologiczny Tom I*, Lublin 2011, s. 333-335.
22. K. Wolff, R. A. Johnson, A.P. Saavedra, D. Krasowska (red.), *Atlas i zarys dermatologii klinicznej T. III*, Lublin 2014, s. 762-763.
23. A. Lesiak, Łuszczycowe zapalenie stawów – praktyczne aspekty diagnostyki i terapii. *Przegląd Dermatologiczny* 2 ( 2017), s. 204.
24. H. Wolska, Łuszczycyca i choroby z jej kręgu w: *Dermatologia w praktyce*, red. M.Błaszczyk-Kostaniecka, H. Wolska, Warszawa 2009, s. 130.
25. J. Maj, Wytyczne leczenia łuszczycy – teoria a praktyka w Polsce, *Przegląd Dermatologiczny* 2 (2017), s.203.
26. R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz red., *ABC łuszczycy. Łuszczycyca w pytaniach i odpowiedziach*, Poznań 2016, s.103-119.
27. C. Gelmetti, Therapeutic moisturizers as adjuvant therapy for psoriasis patients. *Am J Clin Dermatol* 10 (2009), s. 7-12.
28. D. Purzycka-Bohdan, A. Szczerkowska- Dobosz Jak dobierać leki miejscowe ? w: *ABC łuszczycy*.
29. Łuszczycyca w pytaniach i odpowiedziach, (red. ) R. Nowicki, A. Szczerkowska-Dobosz, Poznań 2016, s. 105-106.
30. J. Krajewska, Farmakoterapia. Pielęgnacja skóry w łuszczycy, *Lek w Polsce* 6-7 (2015), s.53.
31. H. Marona, A. Gunia, E. Pękała, Retinoidy – rola w farmakoterapii w aspekcie komórkowego mechanizmu działania, *Farmacja Polska*, 3 (2010), s.191.
32. W. Placek, Fototerapia, fotochemoterapia, *Przegląd Dermatologiczny* 4 (2014), s. 264-265.
33. J. Szepietowski, Z. Adamski, G. Chodorowska, A. Kaszuba, W. Placek, L. Rudnicka, A. Reich, Leczenie łuszczycy – rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa

Dermatologicznego. Część II: łuszczyca umiarkowana do ciężkiej, Przegląd Dermatologiczny 6 (2014), s. 457-458.

34. A. Baranowska, E. Krajewska-Kułak, A. Szyszko-Perłowska, A. Bielemuk, B. Jankowiak, E. Rozwadowska, Problem jakości życia w dermatologii, Problemy Pielęgniarstwa 1 (2011) s. 109-115.

35. A. Neneman, Z. Adamski, Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę, Forum Medycyny Rodzinnej 6 (2009), s. 451-452.

36. H.L. Richards, D.G. Fortune, C.E.M. Griffiths. et al.: The contribution of perception of stigmatization to disability in patients with psoriasis. J. Psych. Res., 50(2001), s. 11-15.

37. M.A. Gupta, N.J. Schork., A.K. Gupta: Pruritus in psoriasis. A prospective study of some psychiatric and dermatologic correlates. Arch. Dermatol., 124, (1988), s. 1052-1057.

38. G. Krueger, J. Koo, M. Lebwohl, i wsp. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient- membership survey. „Archives of Dermatology”, 137, (2001), s. 280- 284.

**Edyta Molska<sup>1</sup>, Jan Urban<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

## **OCENA WIEDZY PACJENTÓW NA TEMAT CUKRZYCY TYPU LADA**

### **KNOWLEDGE ASSESSMENT OF PATIENTS ABOUT DIABETES TYPE LADA**

#### **Streszczenie**

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią, będącą wynikiem zaburzeń wydzielania lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem i niewydolnością wielu narządów: oczu, nerek, serca oraz naczyń krwionośnych. Cukrzyca typu 1 – LADA: skrót LADA od nazwy angielskiej [*latent autoimmune diabetes in adults*] – oznacza późno ujawniającą się cukrzycę typu 1 u dorosłych. Celem pracy jest ocena wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu LADA. Materiałem wykorzystanym do badań był kwestionariusz ankietowy, który był przeprowadzony u 100 respondentów w poradni POZ leczących się na cukrzycę.

**Słowa kluczowe:** cukrzyca, powikłania, wiedza pacjentów, profilaktyka

#### **Summary**

Diabetes is a group of metabolic diseases characterized by hyperglycaemia, which is the result of impaired insulin secretion or action. Chronic hyperglycemia in diabetes is associated with

damage and failure of many organs: eyes, kidneys, heart and blood vessels.

Type 1 diabetes - LADA: abbreviation LADA from the English name [*latent autoimmune diabetes in adults*] - means late-onset type 1 diabetes in adults. The purpose of this thesis is to assess patients' knowledge about LADA type diabetes. The material used for the study was a questionnaire, which was carried out in 100 respondents in the outpatient clinic treating with diabetes. The research material was analyzed and developed using the descriptive statistics method.

**Key words:** diabetes, complications, patients' knowledge, prophylaxis.

## Wstęp

Z każdym rokiem wzrasta liczba chorych. Według Światowej Organizacji Zdrowia dane szacują, że w 2025 roku na świecie może być 300 milionów chorych na tę chorobę. Rocznie w Polsce zgonów z powodu cukrzycy i jej powikłań jest prawie 21,5 tysięcy przypadków. Większa grupa osób umiera z powodu powikłań sercowo-naczyniowych, niewydolności nerek, udarów. Zapadalność rocznie na tę chorobę ogółem społeczeństwa szacuje się na około 3,5%. Powoduje to duży problem zdrowotny, ekonomiczny i społeczny. Przyczyną tak zwanego wzrostu zachorowalności jest: nieodpowiedni tryb życia, sposób odżywiania oraz mała aktywność fizyczna. Na cukrzycę mogą zachorować ludzie w różnym wieku, co oznacza bardzo poważny problem dla pacjenta. Od pacjenta powinna być wymagana wiedza i umiejętności, które pozwolą mu funkcjonować w środowisku domowym. Edukacja ma na celu przekazanie wiedzy oraz umiejętności osobie chorej, aby pozwoliła na skuteczną samoopiekę.

Praca składa się z czterech rozdziałów. W rozdziale pierwszym zawarto informacje dotyczące charakterystyki cukrzycy: definicji, klasyfikacji. Rozdział drugi poświęcony jest epidemiologii, cech klinicznych, zespołów metabolicznych. W rozdziale trzecim omówiono powikłania LADA, choroby autoimmunologiczne predysponujące genetycznie, badania serologiczne oraz ocenę rezerwy czynnościowej komórek  $\beta$ . Czwarty rozdział natomiast zawiera leczenie, zasady żywienia, dietę oraz wysiłek fizyczny. W kolejnej części pracy opisano założenia i cele pracy, materiały i metody badań. Analizę wyników przeprowadzono na podstawie autorskiego kwestionariusza ankietowego.

## Charakterystyka cukrzycy

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą o różnej etiologii. Wspólnym objawem wielu postaci cukrzycy jest przewlekła hiperglikemia. Przewlekła hiperglikemia powoduje dysfunkcję i

uszkodzenie wielu narządów, np. oczu, serca, naczyń krwionośnych i nerwów<sup>1</sup>.

Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne wyróżnia następujące typy cukrzycy:

- cukrzycę typu 1;
- cukrzycę typu 2;
- inne specyficzne typy cukrzycy (genetyczne defekty działania insuliny, genetyczne uszkodzenia komórek beta, endokrynopatie, choroby trzustki, indywidualne powodowane przez leki lub związki chemiczne, zakażenia, rzadkie formy cukrzycy wywołane procesem immunologicznym, zespoły genetyczne związane niekiedy z cukrzycą);
- cukrzyca ciężarnych (rozpoznana podczas ciąży)<sup>2</sup>.

Cukrzycę typu LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults) po raz pierwszy opisał P. Zimmet.

Choroba o podłożu autoimmunologicznym różni się od cukrzycy typu 1 nie tylko szybkością destrukcji komórek B, ale także podłożem genetycznym.

Rozpoznanie cukrzycy typu LADA jest obecnie:

- wiek chorego w chwili diagnozy (<30. roku życia);
- fenotyp odmienny od cukrzycy typu 2;
- wywiad chorobowy.

Klasycznymi objawami u osób z nowo wykrytą cukrzycą typu LADA jest:

- hiperglikemia;
- poliuria;
- redukcje masy ciała;
- niedobory insuliny wyrażony nasileniem ketogenezy (acetonuria);
- polidypsja<sup>3</sup>.

Destrukcja komórek wolno postępująca jest następstwem autoagresji i może występować u dzieci i młodych dorosłych<sup>4</sup>. Im pacjent młodszy, tym objawy kliniczne są burzliwsze. Najczęściej występuje hiperglikemia i diureza osmotyczna.

Objawy podmiotowe:

- wzmożone pragnienie;

---

<sup>1</sup>K. Kędziora-Kornatowska, B. Skrzydło-Radomańska, Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa, Lublin 2005, s. 514.

<sup>2</sup>Tamże, s. 515.

<sup>3</sup>L. Czupryniak. Diabetologia. Kompendium, Poznań 2014, s. 35-36.

<sup>4</sup>Tamże, s. 36.

- suchość w ustach;
- częste i w dużych ilościach oddawanie moczu (również w godzinach nocnych).

Wzrasta katabolizm mięśni, następuje utrata potasu, dlatego chorzy często w czasie dnia odczuwają duże zmęczenie. Występują również bóle i kurcze mięśni. Mimo wzmożonego apetytu w pierwszym okresie możemy zaobserwować chudnięcie. Wynika to ze zmniejszenia masy tłuszczowej i mięśniowej oraz odwodnienia, nasila się glikogenoliza i lipoliza. Nasilające objawy zaburzeń metabolicznych i rozwój kwasicy zmniejszają łaknienie, natomiast pojawiają się nudności, bóle brzucha i wymioty. Występuje również przyspieszenie oddechu (oddech Kussmaula). Wynika to z pogłębiającej się kwasicy. Kwasica i hiperosmolarność jest następstwem śpiączki. Często zgłaszanymi objawami przez pacjentów są świąd skóry, zaburzenia widzenia oraz parestezje, świąd sromu u kobiet, zapalenie napletka u mężczyzn. W cukrzycy typu 1 nie są one częste.

Z obserwacji możemy zauważyć, że zapadalność na cukrzycę typu 1 występuje sezonowo – przypada na jesień i zimę. Przyczyniać się może na to większa zachorowalność na zakażenia wirusowe. Rodzice noworodków i niemowląt zgłaszają wyniszczenie organizmu dzieci wynikające z odwodnienia i częstego moczenia. Pacjenci z cukrzycą typu 1 mogą mieć choroby opodłożone autoimmunologicznym, np. chorobę Hashimoto, chorobę Gravesa-Basedova, niedokrwistość Addisona-Biermera, niedoczynność kory nadnerczy, chorobę trzewną, bielactwo, pierwotną niedoczynność przytarczyc. Cukrzycę LADA rozpoznaje się dość trudno, z uwagi na mniej charakterystyczne objawy kliniczne. Około 90% przypadków zachorowania na cukrzycę typu 2 przypada na osoby dorosłe. Wynika to z nieprawidłowego funkcjonowania komórek B trzustki i oporności tkanek obwodowych na insulinę.

Cukrzycę typu 1 świeżo rozpoznaną możemy rozpoznać według następujących objawów:

- chudnięcie;
- wielomocz;
- wzmożone pragnienie (polidypsja);
- oddawanie moczu w nocy (nykturia);
- wzmożone łaknienie (polifagia)<sup>5</sup>.

### **Definicja LADA**

Odmiana cukrzycy typu 1 o podłożu autoimmunologicznym klasyfikowana jest obecnie jako cukrzyca LADA. W 1999 roku po raz pierwszy w Raplocie Rady Konsultacyjnej przy WHO

---

<sup>5</sup>Tamże.

jej nazwa (Latent Autoimmune Diabetes in Adults - LADA) została oficjalnie użyta. Obecnie cukrzycę typu LADA stwierdza się na podstawie wstępnych objawów klinicznych charakterystycznych dla cukrzycy typu 2, w tym braku konieczności zastosowania insulinoterapii przez okres dłuższy niż sześć miesięcy – w momencie rozpoznania choroby oznaczenia w surowicy krwi co najmniej jednego rodzaju autoprzeciwciał, potwierdzających autoimmunologiczną patogenzę choroby. W literaturze przedstawione są różne określenia dla tej postaci choroby: utajona cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 1 o późnym początku i powolnym rozwoju, cukrzyca typu 2 z obecnością autoprzeciwciał, cukrzyca typu LADA<sup>6</sup>. Cukrzyca typu LADA ma dużą heterogenność obrazu klinicznego, toteż ostatnio pojawiły się propozycje wyodrębnienia dwóch jej postaci:

LADA1 – w której są liczne autoprzeciwciała, z klinicznym obrazem podobnym do cukrzycy typu 1 z niedoborem insuliny;

LADA2 – bez niedoboru insuliny, z niskimi autoprzeciwciałami jednego rodzaju, fenotypowo przypominające cukrzycę typu 2<sup>7</sup>.

## **Epidemiologia**

LADA występuje bardzo rzadko u Filipińczyków i Amerykanów. Dobór markerów immunologicznych w badanych populacjach ma wpływ na odpowiednie różnicowanie cukrzycy LADA. U 9% dorosłych chorych ze świeżo wykrytą cukrzycą rozpoznano LADĘ w północno-wschodniej Polsce.

Proces przewlekły autoimmunologiczny przyczyniający się do niszczenia komórek  $\beta$  wysp trzustkowych ma charakter reakcji komórkowej i poprzedza o kilka lat kliniczne uaktywnianie się choroby. Liczne badania epidemiologiczne dowiodły, że występują dwa szczyty zapadalności na cukrzycę typu 1. Okres dojrzewania jako pierwszy, a drugi około 40. roku życia. Fakt ten w populacji pacjentów dorosłych jest trudno rozpoznawalny.

Towarzystwo Badań nad Immunologią Cukrzycy zaproponowało trzy elementy definiujące cukrzycę LADA:

- wiek zdiagnozowani – powyżej 30. r. życia;
- co najmniej jeden dodatni wynik autoprzeciwciała typowego dla cukrzycy typu 1;
- w pierwszych sześciu miesiącach od momentu zdiagnozowania brak konieczności leczenia insuliną.

---

<sup>6</sup>Tamże.

<sup>7</sup>Tamże.

## **Cechy kliniczne cukrzycy typu LADA**

Występowanie objawów klinicznych nie pozwala na ostateczne rozpoznanie. Mimo uszkodzenia wysp trzustkowych i ostrego deficytu endogennej insuliny typowego dla cukrzycy typu 1 nie ma objawów kwasicy ketonowej czy śpiączki cukrzycowej. Udowodniono, iż współistnienie anty-GAD z innymi autoprzeciwciałami przyczynia się do wzrostu uszkodzenia komórek wysp trzustkowych, oceniane na zasadzie stężenia peptydu C.

## **Zespół metaboliczny w LADA a insulino zależność**

Pacjenci z LADA wykazują zmniejszoną wrażliwość tkanek obwodowych na współdziałanie insuliny. U 74% chorych z LADA zaobserwowano zespoły metaboliczne, mniej niż w cukrzycy typu 2. Pacjenci z niższą masą ciała niż chorzy na cukrzycę typu 2, ale otyłość nie wyklucza LADA<sup>8</sup>.

## **LADA a choroby autoimmunologiczne**

Ze względu na to, że LADA rozwija się skrycie przez długi okres, powikłania o charakterze mikro- i makroangiopatii występują już w momencie rozpoznania typu LADA i porównywalne są do tej u pacjentów z cukrzycą typu 2. Duży wpływ na powikłania ma status immunologiczny. U chorych z niskim mianem anty-GAD i bez innych autoprzeciwciał późne powikłania LADA podobne tak jak w cukrzycy typu 2. Obserwuje się występowanie retinopatii cukrzycowej, nefropatii, u pacjentów z wysokim mianem anty-GAD. Podobnie jak u chorych na cukrzycę typu 1, u pacjentów z LADA jest duże prawdopodobieństwo rozwoju innych chorób autoimmunologicznych, jak np. przewlekłe autoimmunologiczne zapalenie tarczycy.

## **Diagnostyka (badania serologiczne)**

Aby rozpoznać zaawansowanie i aktywność procesu autoimmunologicznego, należy oznaczyć miano przeciwciał przeciwko antygenom wysp trzustkowych (związany z rozwojem

---

<sup>8</sup>Tamże, s. 128.



cukrzycy typu 1). autoprzeciwciała w LADA są wynikiem odpowiedzi hormonalnej wtórnej do niszczenia wysp trzustkowych przez naciek limfocytarny.

### **Anty-GAD**

Istotne znaczenie w identyfikacji LADA mają przeciwciała anty-GAD. Utrzymują się od pięciu do czterdziestu lat od momentu rozpoznania cukrzycy. Miano przeciwciał przeciwwyspowych i przeciwiinsulinowych szybko obniża się po wystąpieniu objawów choroby.

### **Status immunologiczny**

Zdiagnozowane wysokie miano anty-GAD lub kilka przeciwciał ma duży wpływ na:

- przyspieszenie rozwoju choroby;
- niższy poziom peptydu C;
- nieskuteczność w stosowaniu leków doustnych hipoglikemizujących;
- przyspieszenie występowania innych chorób z autoagresji;
- małe prawdopodobieństwo występowania zespołu metabolicznego, nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii.

### **Ocena rezerwy czynnościowej komórek B**

Aby ocenić stężenie rezerwy czynnościowej komórek B wysp trzustkowych, należy przeprowadzić oznaczenie stężenia peptydu C na czczo i w testach stymulacyjnych. Najczęściej stosowane są dwa testy stymulacyjne:

- test stymulacji dożylnej glukagonem;
- ocena stężenia peptydu C po klasycznym posiłku.

W LADA może występować prawidłowe lub zmniejszone wydzielanie peptydu C na czczo i najczęściej upośledzone wydzielanie peptydu C w testach stymulowanych<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup>Tamże.

## Leczenie cukrzycy

Cukrzyca typu 1 o przebiegu autoimmunologicznym wskazana jest do podjęcia leczenia insuliną. Natomiast odnosząc się do cukrzycy typu LADA, nie został jeszcze ustalony jednakowy standard postępowania terapeutycznego.

Dowiedziano, że insulina poza działaniem substytucyjnym ma również działanie immunomodulacyjne. Ma również duży wpływ na hamowanie procesów autodestrukcji wysp trzustkowych.

Kobayashi i jego zespół przeprowadzili badania u osób chorych na cukrzycę typu 2. Potwierdził opinię, iż zastosowanie insulinoterapii u grupy osób, u których wykryto w surowicy krwi autoprzeciwciała, znacznie zmniejszyło poziom przeciwciał przy jednoczesnym wzroście wskaźnika C-peptydu oraz obniżyło wynik hemoglobiny glikowanej<sup>10</sup>.

Przeprowadzone badania dowiodły, że stosowanie insuliny zapewniło prawidłowy poziom metaboliczny oraz spowolnienie procesu autoimmunologicznego destrukcji komórek. Natomiast należy również zauważyć, że nie ma wielu doświadczeń klinicznych, mających wskazywać do wcześniejszej insulinoterapii w cukrzycy typu LADA.

Istnieje jednak sugestia, że u pacjentów, u których brak jest klinicznych wskazań do podania insuliny, a wartość C-peptydu jest podwyższona lub w normie, nie ma potrzeby do leczenia insuliną.

Istnieje sporo kwestii dyskusyjnych co do metod terapii u pacjentów z cukrzycą typu LADA<sup>11</sup>.

### Zasady żywienia w cukrzycy typu 1

Bardzo dużą rolę zarówno w życiu człowieka zdrowego, jak i chorego na cukrzycę, odgrywa odżywianie. W cukrzycy istnieje często konieczność zmiany różnych nawyków i zwyczajów żywieniowych, przekazywanych od pokoleń, w celu prawidłowego sposobu odżywiania. Model ten zakłada dostarczenie organizmowi odpowiednich składników pokarmowych, zwracając uwagę na ich ilość, liczbę i porę posiłku w ciągu dnia oraz indywidualną potrzebę. Zależy to przede wszystkim od: płci, wagi, wzrostu, aktywności fizycznej, wieku oraz różnych problemów zdrowotnych.

Jadłospis ułożony prawidłowo zawiera w odpowiednich porcjach następujące składniki pokarmowe: 45% - 60% węglowodanów, nie więcej niż 20% białka, tłuszcze – 30% (nasyconych

---

<sup>10</sup>E. Otto-Buczowska, Cukrzyca..., op. cit., s. 80.

<sup>11</sup>Tamże, s. 81.

< 10%).

Zaleca się regularne spożywanie produktów bogatych w błonnik i antyoksydanty (owoce, warzywa), o niskim indeksie glikemicznym oraz umiarkowanych ilościach kwasu tłuszczowego omega-3 (tłuszcze rybne).

Woda mineralna jest zalecana do uzupełnienia płynów. Następnym ważnym elementem żywienia chorych na cukrzycę jest indeks glikemiczny (IG). Wskazuje na szybkość, z jaką przenikają węglowodany do krwi i podnoszą poziom glukozy we krwi. Oznacza się go w skali od 1 do 100. Produkty z niskimi wartościami IG (np. groch, kasze, chleb pełnoziarnisty), są trawione najwolniej – stopniowo uwalniając glukozę do krwi. Wpływ na indeks glikemiczny mają m.in. tłuszcze i białka w posiłku, proces gotowania oraz rozdrobnienie posiłku<sup>12</sup>. Dieta opracowana na niskim indeksie glikemicznym nie ogranicza wyboru żywieniowego chorych ani składu jakościowego dań w porównaniu do tradycyjnej diety.

## **Dieta**

Dieta prawidłowa powinna utrzymać odpowiednią masę ciała, charakteryzować się różnorodnością, ograniczyć spożywanie tłuszczów zwierzęcych i alkoholu.

Dieta powinna:

- zaspokajać zapotrzebowanie organizmu na składniki odżywcze;
- pozwolić utrzymać i osiągnąć zalecane wartości poziomu glikemii oraz odpowiednią masę ciała;
- zapewnić dobre samopoczucie;
- wprowadzić odpowiednią aktywność fizyczną.

Dietę należy ustalać indywidualnie, w zależności od:

- wieku;
- masy ciała;
- sposobu leczenia;
- trybu życia;
- współistniejących chorób.

Pacjenci chorzy na cukrzycę powinni ograniczać spożycie cukrów prostych. Powinni unikać produktów o wysokim indeksie glikemicznym i zamieniać na produkty o niskim, ponieważ produkty o niskim indeksie glikemicznym dają większe poczucie sytości i dlatego kolejny posiłek

---

<sup>12</sup> Cukrzyca typu 1 pod red. prof. E. Otto-Buczowskiej, Wrocław 2006, str. 111-112.

może być mniej kaloryczny.

W leczeniu cukrzycy bardzo przydatne jest posługiwanie się wymiennikami węglowodanowymi. Jeden wymiennik węglowodanowy dostarcza 40 kcal. Liczbę wymienników węglowodanowych oblicza się, dzieląc liczbę wyliczonych kalorii (wg zapotrzebowania dobowego) przez 40 (ponieważ 1g węglowodanów dostarcza 4 kcal)<sup>13</sup>.

Po spożyciu produktów białkowych stężenie glukozy we krwi jest niższe niż po spożyciu węglowodanów. Pacjenci chorzy na cukrzycę typu 1 mają zbliżony profil lipidowy jak osoby w tym samym wieku w populacji ogólnej. Tłuszcze wielo- i jednonienasycone powinny zaspokoić 30% dobowej podaży kalorii. W diecie cukrzycowej należy ograniczyć podaż tłuszczów jednonienasyconych do 10-15% dobowego spożycia kalorii. Powodują spadek stężenia frakcji LDL cholesterolu i podwyższają stężenie frakcji HDL. Tłuszcze wielonienasycone powinny pokrywać 3-7% dobowego zapotrzebowania na energię.

Zaleca się dietę bogatowłóknikową, która obniża stężenie glukozy we krwi, poprawia motorykę przewodu pokarmowego. Chorym na cukrzycę zaleca się spożycie 20-35g błonnika na dobę, 250-500g warzyw i około 250g owoców. Zwiększając spożycie włókniaka w diecie, należy zwiększyć podaż płynów. W diecie redukującej otyłość, u wegetarian lub u chorych stosujących leki zaburzające wchłanianie, należy witaminy i związki mineralne uzupełniać dodatkowo, spożywając odpowiednie produkty – szczególnie wymagane jest to u kobiet w ciąży i matek karmiących. Należy u chorych na cukrzycę ograniczyć spożywanie alkoholu, ponieważ sprzyja zwiększeniu poziomu trójglicerydów i może spowodować hipoglikemię. Glukagon nie jest skuteczny w leczeniu hipoglikemii poalkoholowej. Spożycie soli kuchennej nie powinno być większe niż 6g na dobę<sup>14</sup>.

### **Wysiłek fizyczny**

Kolejnym etapem leczenia jest wysiłek fizyczny. Prowadzony w sposób systematyczny, z odpowiednim natężeniem i przez odpowiednio długi czas:

- zmniejsza ciśnienie tętnicze krwi;
- obniża zapotrzebowanie na insulinę;
- poprawia poziom lipidowy;
- wpływa na prawidłowy rozwój układu kostno-stawowego i mięśniowego;
- zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę;

---

<sup>13</sup> Cukrzyca typu 1. Diabetologia, op. cit., str. 29-31.

<sup>14</sup> Tamże, str. 32-33.

- odpowiada za lepsze wyrównanie metaboliczne cukrzycy, co przyczynia się do zmniejszenia ryzyka przewlekłych powikłań;
- sprzyja rozładowywaniu stresu;
- powoduje lepsze samopoczucie;
- przyczynia się do osiągnięcia prawidłowej wagi ciała.

Wysiłek fizyczny podwyższa wrażliwość tkanek na działanie insuliny i przyczynia się do lepszego wykorzystania glukozy. Stan taki może utrzymywać się długo, nawet do 24 godzin, powodując ryzyko wystąpienia hipoglikemii powysiłkowej. Wzrasta ono u pacjentów, którym insulinę podajemy w okolicę uda podskórną. Powoduje zwiększenie przepływu krwi przez tkankę, powodując szybkie wchłanianie.

Przed wysiłkiem fizycznym należy zmniejszyć dawkę insuliny krótko działającej o 25-50% i zjeść posiłek bogaty w węglowodany przed lub w trakcie wysiłku. Należy pamiętać o posiłku węglowodanowym. Hipoglikemia powysiłkowa, której przyczyną jest zwiększenie stężenia katecholamin w odpowiedzi na intensywny wysiłek, może utrzymywać się do dwóch godzin, nawet po zaprzestaniu wysiłku.

Dla pacjentów chorych na cukrzycę najbardziej zalecany jest wysiłek tlenowy: marsz, bieg, gra w tenisa, narciarstwo, gry zespołowe.

### **Material i metodyka badań**

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w jednym z NZOZ w przychodni w Wyszku. Respondentami byli pacjenci oczekujący w poczekalni na wizytę lekarską oraz oczekujący przed gabinetem pielęgniarskim na zabiegi. Wydano 100 ankiet, z czego 96 zostało wypełnionych. Możemy zaobserwować, iż osoby z miasta chętniej decydują się na uczestnictwo w wypełnianiu ankiet.

### **Wyniki**

Wśród ankietowanych przeważały kobiety, które stanowiły 60% badanych, natomiast mężczyzn było mniej – 40%.

Kwestionariusz ankietowy był kierowany do osób pomiędzy 20 a 50 rokiem życia. Osoby pomiędzy 20-30 rokiem życia stanowiły 34% ankietowanych.

Między 30-40 rokiem życia 50% ankietowanych, natomiast pozostałe 16% to osoby w przedziale wiekowym 40-50 lat.

Ze względu na płeć i wiek, respondentów możemy podzielić: na mężczyzn w przedziale wiekowym 20-30 lat (57%), 30-40 lat stanowiących 27% badanych oraz 18% mężczyzn pomiędzy 40-50 rokiem życia.

Wśród kobiet ankietowanych 43% stanowią osoby w przedziale wiekowym 20-30 lat, 73% to osoby w wieku 30-40 lat, pozostałe 82% to kobiety pomiędzy 40-50 rokiem życia.

Zdecydowanie większa część respondentów pochodzi z miasta – 65%. 35% stanowili ankietowani ze wsi.

64% badanych to osoby z wykształceniem wyższym, natomiast 26% posiadało wykształcenie średnie. 10% stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym. Wśród ankietowanych nie było osób z wykształceniem podstawowym.

Ankietowani zapytani, które z poniższych zaburzeń występuje u Pana/Pani z powodu cukrzycy, odpowiedzieli: 54% - nadciśnienie tętnicze. Nadwaga i otyłość zaobserwowano u 84% respondentów. Neuropatię cukrzycową u 32%, retinopatię cukrzycową u 21% osób. Najmniejsza grupa osób – 17% to osoby, u których wystąpiła nefropatia cukrzycowa.

Ankietowani zapytani o częstość uczęszczania do poradni diabetologicznej: 11% respondentów odwiedza poradnię raz w miesiącu, 27% raz na 2-5 miesięcy.

Najwięcej respondentów – aż 40% – chodzi do poradni raz w roku. Tylko 22% rzadziej niż raz w roku.

Ankietowani zapytani czy zostali poinformowani przez lekarza/pielęgniarkę na temat przestrzegania prawidłowej diety cukrzycowej kumojemu zaskoczeniu - 85% respondentów odpowiedziało, że tak. Tylko 15% osób na zadane pytanie twierdzi, że nie zostało poinformowanych.

Respondenci zapytani o częstotliwość spożywania posiłków w cukrzycy, 92% zapytanych uzyskało odpowiednią wiedzę. 87% ankietowanych otrzymało informację na temat zalecanych i niezalecanych produktów w tej chorobie. Na temat ilości spożywanych posiłków odpowiedzi udzieliło 76%.

Recenzenci zapytani czy w ostatnich 6 miesiącach mieli pobieraną krew na HbA1c, 42% odpowiedziało twierdząco. 21% osób, uważam, że bardzo dużo, nie miało oznaczonej hemoglobiny glikowanej. W średniej grupie osób (37%) ankietowani nie pamiętali.

Mężczyźni najbardziej aktywni byli w wieku 40-50 lat (71%). Najmniej – kobiet między 30-40 rokiem życia (33%). Porównując mężczyzn i kobiety ogółem bardziej aktywni było mężczyźni, ponieważ aż 66%.

Ankietowani zapytani, ile wypijają płynów w ciągu dnia – 54% odpowiedziało, iż 1-2

szklanki, 30% respondentów wpija 3-4 szklanki. Najmniejszą grupę stanowiły osoby (16%), które wypijają powyżej 4 szklanek na dzień.

Respondenci zapytani, czy potrafią obliczyć ilość przyjętych w ciągu dnia węglowodanów metodą wymienników, zdecydowana większość -75% odpowiedziała, że tak. Natomiast pozostałe 25% ankietowanych odpowiedziało nie.

Ankietowani zapytani, czy zdarza się nieprzestrzeganie diety, aż 22% odpowiedziało, że często. 43% zapytanych czasami nie przestrzega diety, 30% sporadycznie. Najmniejsza grupa – 5% osób – odpowiedziało, iż nie zdarza się to.

Aż w 52% poszerza swoją wiedzę na temat cukrzycy czytając książki, poradniki, czasopisma. 43% respondentów stara się uczestniczyć w organizowanych szkoleniach. Tylko 5% osób nie interesuje się pogłębianiem swojej wiedzy.

Respondentom zadano ostatnie pytanie podsumowujące ocenę wiedzy na temat cukrzycy. Ku mojemu zaskoczeniu 57% ankietowanych ocenia swoją wiedzę bardzo dobrze. 27% osób wskazało odpowiedź „dobrze”. Natomiast 11% ocenia w sposób zadowalający. Tylko 5% respondentów ocenia swoją wiedzę na stopień niezadowalający.

### **Analiza wyników**

W dzisiejszych czasach mamy dużą populację osób z nadwagą i otyłością. Pacjenci chorzy na cukrzycę powinni uczęszczać regularnie do poradni diabetologicznej i być pod stałą kontrolą lekarza i pielęgniarki.

Coraz częściej korzystają z usług dietetyka. Mają możliwości rozpisania posiłków na cały tydzień (zapoznania się z zamiennikami węglowodanowymi) oraz jak sobie radzić w przypadku hipoglikemii.

Pacjenci mają możliwość nabycia glukometrów np. w POZ, co umożliwi szybką i łatwą kontrolę. Dużo pacjentów jest też wyposażonych w aparaty do pomiaru ciśnienia, co sprzyja częstej kontroli, np. w domu.

Duża grupa pacjentów doszkalala się czytając literaturę oraz uczestnicząc w różnych zorganizowanych akcjach. Jest to bardzo budujące. Tylko 5% osób nie jest zainteresowana pogłębianiem wiedzy.

### **Dyskusja**

Sto lat temu znany amerykański lekarz i pionier w dziedzinie diabetologii E.P. Joslin wypowiedział słowa: „Pacjenci, którzy wiedzą najwięcej, żyją najdłużej”, Stwierdził, że najtańszą

formą składową terapii jest edukacja. Edukacja to nie tylko podnoszenie wiedzy na temat choroby, ale przede wszystkim pomoc i wsparcie pacjentów oraz ich rodzin, umożliwiające adaptację stylu i zasad życia, zgodną z zaleceniami terapeutycznymi.

W latach 1998/99 opracowano przez European Diabetes Policy Group International Diabetes Federation (IDF) wytyczne dotyczące problemu edukacji zdrowia w cukrzycy. Opracowane standardy zobowiązują lekarzy pierwszego kontaktu do poddawania pacjentów chorych na cukrzycę okresowym badaniom specjalistycznym. Należy nauczyć ich podstawowych zasad wiedzy o chorobie. Do zaleceń diabetologów, według wytycznych, należy wstępna diagnoza stanu zaawansowania choroby bezpośrednio po zdiagnozowaniu cukrzycy, prowadzenie edukacji indywidualnej i grupowej oraz codziennej kontroli według ustalonych wzorców. W gabinecie zabiegowym u pacjenta przeprowadza się edukację na temat zasad odżywiania. Pielęgniarka zaopatrjuje pacjenta w odpowiednie materiały dotyczące diety (broszury, ulotki), wydaje glukometr służący do pomiaru cukru oraz dzienniczek, w którym pacjent zapisuje pomiary glikemii. Objasniamy i uczymy obsługi glukometru. Mówimy, jak należy postępować w przypadku hipoglikemii lub hiperglikemii. W przypadku pytań lub wątpliwości pacjent może skontaktować się telefonicznie.

Wśród respondentów zapytanych jak długo chorują na cukrzycę, największą grupę (65%) stanowiły osoby, które chorowały <12 miesięcy.

Możemy wywnioskować, że uczestnikami ankiet najchętniej są pacjenci z wykształceniem i z bardzo krótkim okresem choroby. Średnio natomiast wypadła ocena w teście wiedzy na temat powikłań cukrzycy. Nadwagę stanowiło 84% osób ankietowanych. Złe nawyki żywieniowe, nieregularne, źle zbilansowana dieta prowadzą do bardzo groźnych powikłań, czyli otyłości.

Aktualny Raport Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą podaje, że 1/3 Polaków nie potrafi wymienić żadnego powikłania cukrzycy. Wiedza natomiast, chociaż jest niezadowalająca, wyższa jest u chorych na cukrzycę, aniżeli u osób zdrowych.

Bardzo duże znaczenie w leczeniu cukrzycy, poza farmakoterapią, ma edukacja pacjenta w zakresie nawyków żywieniowych oraz wprowadzenie systematycznej kontroli glikemii, dlatego bardzo duże znaczenie dla prawidłowego leczenia cukrzycy mają systematyczne wizyty w poradni diabetologicznej, które umożliwiają wczesne wykrycie powikłań. posiadają większą wiedzę w zakresie choroby, niż pacjenci objęci tylko opieką lekarza rodzinnego.

W badaniu własnym wykazano, że 95% pacjentów chorych na cukrzycę kontroluje stężenie glukozy we krwi za pomocą glukometru. Wiadomo również, że wyrównaniu metabolizmu w cukrzycy sprzyja aktywny tryb życia. Uzyskane wyniki wykazują, iż mężczyźni najbardziej aktywni byli w wieku 40-50 lat (aż 71%); kobiety mniej (33%) w wieku 30-40 lat. Wyniki badań własnych pokazały, iż wraz z podnoszeniem poziomu wieku, podwyższył się poziom wiedzy.



Zadowolający poziom wiedzy osiągnęły osoby, które chorują na cukrzycę od niedawna, a im dłuższy czas trwania cukrzycy, tym wiedza coraz niższa. Dyskusja nad oceną poziomu wiedzy na temat cukrzycy typu LADA wykazała niewystarczający poziom wiedzy osób ankietowanych. Porównując poziom wiedzy w literaturze z badaniami własnymi, można stwierdzić, iż jest to dość powszechna tendencja.

Dyskusja jest tylko niewielką częścią działań, które należy podjąć, aby ukazać społeczeństwu choremu na cukrzycę istotny problem, z jakim codziennie stykają się tysiące pacjentów. Bardzo duże znaczenie na podniesienie poziomu wiedzy u pacjentów mają pielęgniarki POZ, dietetycy, psychologowie. To oni mają wpływ na podniesienie jakości leczenia oraz pomoc w trudnych sytuacjach życiowych związanych z chorobą.

### **Wnioski**

1. Pacjenci w przedziale wiekowym 20-50 lat mają świadomość czym jest choroba, jakie są skutki, przyczyny oraz powikłania cukrzycy. Dotyczy to osób, które mają wykształcenie wyższe i zamieszkują w mieście, natomiast na wsi poziom jest bardzo niski.
2. U badanej populacji choroba została zdiagnozowana w krótkim czasie od momentu pojawienia się pierwszych objawów, co miało wpływ na zmniejszenie poziomu powikłań.
3. Pacjenci z wykształceniem wyższym mają wiedzę na temat metod leczenia oraz ich działania, natomiast nie zawsze stosują się do zaleceń.
4. Poziom wiedzy na temat używek w badanej populacji jest bardzo niski. Informacje na temat sposobu odżywiania, wymienników węglowodanowych oraz aktywności fizycznej określiłabym na poziomie dobrym.
5. Zaznacza się duża potrzeba zwiększenia edukacji szczególnie na wsi na rzecz cukrzycy w grupie respondentów.

### **Bibliografia**

1. Alok Kumar, Alberto De Leiva, Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA): The Prevalent Form of Adult, 2017
2. Banshi Sabo, Latent Autoimmune Diabetes in Adults.
3. Czupryniak L., Diabetologia. Kompendium, Poznań 2014.
4. Czupryniak L., Nowe trendy w diabetologii, Poznań 2012.
5. Daniuluk J., Jurkowska G., (red.) Zarys chorób wewnętrznych dla studentów

- pielęgniarstwa, Lublin 2005.
6. Drzewoski J., Podręczny leksykon diabetologiczny, Lublin 2006.
  7. Foronczewicz B., Mucha K., Pączek L., (red.) Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnych, Warszawa 2004.
  8. Jurkowska G., Łagoda K., Pielęgniarstwo internistyczne, Warszawa 2011.
  9. Karnafel W., Wardyna K., Życińska K., (red.) Cukrzyca typu 1. Diabetologia, Lublin 2008.
  10. Katherine S. O'Neal, Jeremy L. Johnson, Rebekah L. Panak, Recognizing and Appropriately Treating Latent Autoimmune Diabetes in Adults, 2016.
  11. Kędziora-Kornatowska K., Skrzydło-Radomańska B., Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa, Lublin 2005.
  12. Kózka M., Płaszewska-Żywko L., Model opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym, Warszawa 2010.
  13. Laugesen E., Ostergaard J. A., R.D.G. Leslie, Latent Autoimmune Diabetes in Adults: Current knowledge and uncertainty, 2015
  14. Małkowska J., Kompendium diabetologii. Rekomendacja dla lekarzy, Gdańsk 2000.
  15. Moczulski D., (red.) Wielka Interna. Diabetologia, Warszawa 2010.
  16. Otto-Buczowska E., Cukrzyca typu 1, Wrocław 2006.
  17. Radziszowski J., (red) Leczenie dietą. Cukrzyca typu 2. Poradnik dla chorych na cukrzycę leczonych insulinami ludzkimi i/lub doustnym lekiem przeciwcukrzycowym, Kraków 2009.
  18. Sieradzki J., Cukrzyca. Tom 1, Gdańsk 2006.
  19. Sieradzki J., Cukrzyca typu 1 u osób dorosłych, Poznań 2012.
  20. Steciwko A., Choroby wewnętrzne na dyżurze, Wrocław 2009.
  21. Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D., (red.) Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia, tom 3, Wrocław 2010.
  22. Talarska D., Zozulińska-Ziółkiewicz D., Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych, Warszawa 2009.
  23. Tatoń J., Diabetologia kliniczna, Warszawa 1979.
  24. Wierusz-Wysocka B., Cukrzyca typu 2. Poradnik dla pacjentów, Warszawa 2005.

**Marta Marcjanek<sup>1</sup>, Jan Pietruski,<sup>2</sup> Dorota Kukowska<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z ZAĆMĄ STARCZĄ PRZED I  
PO OPERACJI METODĄ FAKOEMULSYFIKACJI W PIĄTEJ DOBIE  
PO ZABIEGU**

**QUALITY ASSESSMENT OF PATIENTS LIFE WITH CATARACT  
BEFORE AND AFTER OPERATION WITH PHACOEMULSIFICATION  
IN FIFTH DAY**

**Streszczenie**

Zaćma jest jedną z najczęściej występujących chorób oczu u ludzi. Choroba ta charakteryzuje się zmętnieniem soczewki oka, która w znacznym stopniu upośledza wzrok oraz obniża jakość życia poprzez pogorszenie ostrości wzroku. Najlepszym i najczęściej wybieranym sposobem leczenia zaćmy obecnie jest chirurgiczne usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji. Celem niniejszej pracy jest ocena jakości życia pacjentów z zaćmą starczą przed i po operacji metodą fakoemulsyfikacji w piątą dobę po zabiegu. Badania przeprowadzono w dniu badań kontrolnych wśród 100 pacjentów zoperowanych na zaćmę metodą fakoemulsyfikacji w Przasnyskim szpitalu. Badania przeprowadzono za pomocą sondy diagnostycznej z użyciem własnego kwestionariusza ankiety. Z przeprowadzonych badań wynika, że zaćma w znacznym stopniu obniża poziom jakości życia u większości osób starszych. Ogranicza w pewnym stopniu osoby starsze w sferze zawodowej, fizycznej, społecznej czy duchowej. Niestety choroba ta jest także powodem wielu trudności w życiu codziennym, nieporozumień w rodzinach, obaw oraz nawet nieszczęść. Zabieg przywraca w dużym stopniu samodzielność a co za tym idzie niezależność człowieka.

**Słowa kluczowe:** zaćma, zaćma starcza, jakość życia, leczenie zaćmy, fakoemulsyfikacja

### **Summary**

Cataract is one of the most common eye diseases. However, more and more often it attacks economically productive people, which is the effect of technological progress, stress, improper diet and addictions. The disease is characterized by the opacification of the eye lens, which extensively impairs an important sense and lowers life quality by deteriorating the acuity of sight. Nowadays the best and most commonly chosen way of treating cataract is a surgical removal of cataract with a phacoemulsification method. The aim of this thesis is assessment of life quality of patients with senile cataract before and after the surgery with a phacoemulsification method on the fifth day after the surgery. The research was conducted on the check-up day among 100 patients operated for cataract with a phacoemulsification method in the Przasnysz hospital. The research was carried out by means of a diagnostic survey with a prepared questionnaire. The conducted research shows that cataract extensively lowers life quality of most elderly people. To some extent it limits elderly people in the professional, physical, social or spiritual area. Unfortunately, this disease constitutes a reason for many difficulties in everyday life, misunderstandings in families, fears and even misfortunes. The surgery restores self-reliance and the resulting independence of the patient to a large extent.

**Key words:** cataract, age- related cataract, life quality, cataract treatment, phacoemulsification

### **Wstęp**

Zaćma to poważny problem okulistyczny najczęściej występujący u osób w podeszłym wieku, który znacznie obniża ostrość wzroku przez zmętnienie soczewki. Narząd wzroku jest jednym z najważniejszych zmysłów, który odbiera informacje ze świata zewnętrznego, ułatwia kontakt z innymi, umożliwia poruszanie, pracę i niezależność człowieka. Upośledzenie tego zmysłu w pewnym stopniu powoduje kalectwo, które dotyka najbardziej osobę chorą, rodzinę, ale również całe społeczeństwo.

Rozwój cywilizacji oraz postęp techniczny przyniósł nam dużo korzyści ułatwiając życie codzienne, przez co jakość życia znacznie poprawiła się a długość życia wydłużyła się. Wraz z poprawą jakości życia wzrosła liczba niebezpieczeństw i schorzeń cywilizacyjnych.

Postępu technologicznego i rozwoju chorób cywilizacyjnych nie zatrzymamy, ale możemy

osłabić toksyczne działanie obecnych wynalazków przez profilaktykę, zmianę diety, rzucenie nałogów, zwiększenie aktywności fizycznej, regularne wykonywanie badań diagnostycznych, które umożliwią szybsze wykrycie i zoperowanie zaćmy.

### **Definicja zaćmy starczej i jej rodzaje**

Według Wojciecha Lubińskiego i Danuty Karczewicz zaćma to: *utrata przezroczystości soczewki oka prowadząca do złego ogniskowania światła w siatkówce, a w konsekwencji do obniżenia ostrości wzroku.*

Najczęściej wymieniane czynniki rozwoju zaćmy to wiek, złe nawyki żywieniowe, cukrzyca, alkohol, palenie papierosów, nadmierna ekspozycja na światło słoneczne i promieniowanie jonizujące.

- **Cataracta starcza podtorebkowa**- w której wyróżniamy 2 odmiany przednią i tylną.
- **Zaćma starcza jądrowa**- to powolne starzenie się jądra soczewki poprzez stwardnienie i zażółcenie soczewki.
- **Cataracta starcza korowa**- to zmętnienia kory przeważnie obustronne. Pierwsze zwiastuny zaćmy korowej widoczne są jako wakuole i szczeliny wodne w korze soczewki.
- **Zaćma choinkowa**- występuje bardzo rzadko objawia się kolorowymi i małymi złogami w korze lub w jądrze pod wpływem promieni świetlnych.<sup>1</sup>

Wyróżniamy 4 rodzaje zaćm ze względu na stopień zmętnienia soczewki:

1. Zaćma niedojrzała- częściowe zmętnienie soczewki.
2. Katarakta dojrzała- całkowite zmętnienie soczewki.
3. Zaćma przejrzała- w lampie szczelinowej przednia torebka jest obkurczona i pomarszczona, co jest następstwem przecieku wody z soczewki poza obszar torebki.
4. Katarakta Morgagniego- to rodzaj zaćmy przejrzałej, w której nastąpiło całkowite rozpuszczenie kory oraz zsunięcie jądra.

### **Rozpoznanie zaćmy**

Pojawienie się, chociaż jednego z następujących objawów takich jak: znaczne pogorszenie ostrości wzroku do dali i bliży, widzenie przez mgłę, rozmazane i podwójne obrazy, nieprzyjemne

---

<sup>1</sup> Por. B. Kowalski, Zaćma- co nowego, Nowa Klinika 15 (2008), s. 13055

uczucie olśnienia światła samochodów powinny skłonić osoby starsze do wizyty u lekarza okulisty, ponieważ mogą to być początki zaćmy. Niezbędne badania m.in. lekarz zbada ostrość wzroku i dno oka w lampie szczelinowej,

Zbadanie ostrości wzroku za pomocą liter i liczb na tablicach Snellena.

Następnie lekarz określa korekcję wady refrakcji po wcześniejszym rozszerzeniu źrenic. U pacjentów z zaawansowaną zaćmą, która utrudnia zbadanie dna oka konieczne jest wykonanie ultrasonografii. Przed zabiegiem wykonywane są specjalistyczne badania laboratoryjne krwi.<sup>2</sup>

### **Jakość życia i jej mierniki**

Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to *kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę wydolności fizycznej, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań.*

Wyróżnia się 2 grupy mierników, które pozwalają ocenić jakość życia:

- **Mierniki obiektywne** to rzeczywistość, status ekonomiczny, wykształcenie, pozycja społeczna, miejsce zamieszkania.
- **Mierniki subiektywne** to odczucia, wartości, oczekiwania, perspektywy na przyszłość, marzenia, aspiracje i potrzeby.<sup>3</sup>

Choroba, niepełnosprawność ruchowa spowodowana utratą lub osłabieniem wzroku spowodowana zaćmą często powoduje, że osoby starsze stają się niesamodzielne, zależne od innych ludzi, aby zaspokoić podstawowe potrzeby. Ich towarzyszem jest biała laska i strach o własne bezpieczeństwo, pojawia się więcej trudności życiowych, które wcześniej nie sprawiały problemu. Osoby niedowidzące częściej unikają aktywności w życiu publicznym, przez co zamykają się w sobie.<sup>4</sup>

### **Leczenie operacyjne**

Opublikowanie nowej wczesnej metody zewnątrztorebkowej ekstrakcji zaćmy przez francuza Jacques Daviel było ogromnym postępem rozwoju operacji zaćmy. Metoda Daviela

---

<sup>2</sup> Por. J. Izdebska., U. Kołodziejska., A. Kamińska., J.P. Szaflik., A. Piwowarczyk, Kwalifikacja pacjentów do operacji usunięcia zaćmy, art. cyt., s. 13-15.

<sup>3</sup> Por. Z. Palak (red.), Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie, Lublin 2006, s. 17.

<sup>4</sup> Por. S. Steuden., W. Okła (red.), Jakość życia w chorobie, Lublin 2007, s. 195- 196.

polegała na nacięciu rogówki i poszerzeniu rany nożyczkami, po czym unoszono rogówkę nacinając torebkę, wypychano jądro soczewki oraz usuwano korę. W latach 1828-1870 Albrecht von Graefe ulepszył tą metodę przez opracowanie kształtu noża, który radykalnie zmniejszył liczbę występujących powikłań.<sup>40</sup>

W 1753 roku w Londynie Samuel Sharp wykonał pierwszy zabieg wczesną metodą wewnątrztorebkowej ekstrakcji zaćmy, który polegał na wypchnięciu jądra bez naruszenia torebki poprzez cięcie w rąbku. Głównym problemem tej techniki był sposób rozerwania obwódki rzęskowej. Smith Henry zastosował technikę *Smith-Indian*, która była realizowana za pomocą haka mięśniowego. Później zaczęto stosować technikę trakcji, w której stosowano bezząbkowe *kleszczyki Verhoeffa i Kalta*, krioaplikator opracowany w 1961 roku przez T. Krawicza i eryzifaki inaczej urządzenie ssące.<sup>5</sup>

Obecnie ekstrakcja wewnątrztorebkowa polega na całkowitym usunięciu zmętniałej soczewki z torebką.<sup>6</sup>

W 1967 roku Charles Kelman opracował nową metodę zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy, czyli fakoemulsyfikację. Technika ta obecnie jest najczęściej wybierana przez operatorów. Polega na wykonaniu małego cięcia i zastosowaniu ultradźwięków do usunięcia jądra soczewki.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego:

- **Przygotowanie psychiczne**, które polega na rozmowie, wyjaśnieniu, wsparciu pacjenta w chwili niepewności, zwątpienia, strachu przed zabiegiem operacyjnym, znieczuleniem oraz możliwością wystąpienia powikłań.
- **Przygotowanie fizyczne**- W dniu poprzedzającym operację najlepiej wieczorem pacjent powinien się wykapać i umyć głowę. Do operacji konieczne jest przygotowanie przewodu pokarmowego (pacjent musi być na czczo 6 godzin przed zabiegiem), zdjęcie biżuterii, wyjęcie protez zębowych, zmycie makijażu oraz lakieru z paznokci, przebranie w czystą koszulę oraz oddanie moczu. Podstawowe parametry życiowe w dniu operacji muszą być w normie.
- **Przygotowanie farmakologiczne**, które polega na właściwym rozszerzeniu źrenicy kroplami 1% *Tropicamidu* oraz podaniu premedykacji zgodnie z zleceniem lekarskim, co jest niezbędne do wykonania zabiegu.

Osoby, które stosują leki przeciwzakrzepowe muszą odstawić je na 5-6 dni przed zabiegiem operacyjnym. Zamiast leków przeciwzakrzepowych otrzymują heparynę

---

<sup>5</sup> Por. J. Kałużny (red.), Soczewka i zaćma, dz. cyt., s. 95- 96.

<sup>6</sup> Por. O. Kalisz., M. Gerkowicz., P. Baranowski., W. Mazurek., T. Wolski., K. Goździuk., A. Rozegnał- Madej, Termograficzna ocena procesu gojenia u pacjentów po operacji zaćmy metodą fakoemulsyfikacji, *Magazyn Lekarza Okulisty* 4 (2008), s. 244.

drobnocząsteczkową (*Clexane, Fraxiparine*) i stosują opaski uciskowe na zlecenie lekarza.

## Rodzaje znieczuleń

Rodzaj przeprowadzonego znieczulenia w trakcie zabiegu operacyjnego usunięcia zaćmy jest uzależniony od wieku chorego, chorób przewlekłych i współwystępujących, upośledzenia umysłowego oraz zaplanowanej techniki operacyjnej.

W chirurgii zaćmy stosuje się następujące rodzaje znieczuleń:

-Znieczulenie ogólne

-Znieczulenie miejscowe

**Anestezja kroplowa** polega na zapuszczeniu do worka spojówkowego kropli znieczulających (*Alcaina*)

**Anestezja okołogalkowa** polega na podaniu środka znieczulającego około 5ml. Roztwór ten składa się z 2% *lidokainy* o temp. podobnej do temp. ciała.

**Anestezja pod torebkę Tenona** metoda ta zapewnia dobrą anestezję i jest bezpieczna.

**Anestezja dokomorowa** znieczula tęczęwkę w trakcie operacji poprzez obecność *lignokainy* w płynach infuzyjnych i substancjach wiskoelastycznych.

Wiskoelastyki i sztuczne soczewki wewnątrzgalkowe

Wiskoelastyki to lepkie i elastyczne biopolimery, które składają się z *glikoaminoglikanów* i *hydroksypropylometylcelulozy*

Wyróżnia się trzy grupy wiskoelastyków:

**Dyspersyjne** to Viscoat, który jest utworzony z hialuronianu sodu, siarczanu chondroityny i HPMC.

**Adaptacyjne** to Healon5, który jest połączeniem substancji wiskoelastycznych dyspersyjnych i kohezyjnych.

**Kohezyjne** to m.in. Healon 5 lub Provisc charakteryzują się długimi łańcuchami, wysokim ciężarem cząsteczek oraz zwiększoną lepkością.

Sztuczne soczewki są ochroną dla siatkówki przed szkodliwym promieniowaniem UV oraz korygują astygmatyzm.<sup>7</sup>

**Sztywne soczewki wewnątrzgalkowe**- są stabilne i twarde, wykonane z PMMA. Przy ich aplikacji konieczne jest duże nacięcie rogówki.

---

<sup>7</sup> Por. B. Iwaszkiewicz- Bilikiewicz, Zaćma (cataracta), Geriatria 2 (2008), s. 254.



## Soczewki zwijalne

- silikonowe- są łatwe do składania, szybko rozwijają się, wykonane z Polimeru silikonu.
- akrylowe- mogą być hydrofobowe (cieńsze) lub hydrofilne, podział ten związany jest z zawartością wody w soczewce. Oba rodzaje soczewek powoli rozwijają się.
- hydrożelowe- to pochodne soczewek akrylowych hydrofilnych z dużo większą zawartością wody.

**Pseudoakomodacyjne soczewki wielogniskowe-** są bardzo drogie, dzięki nim chorzy mogą dobrze widzieć z bliska i daleka oraz dają pełną ostrość wzroku z różnych odległości. Soczewki te wykorzystują zasadę refrakcji i dyfrakcji.

## Fakoemulsyfikacja i jej przebieg

Fakoemulsyfikacja jest bezpieczną metodą operacyjną. Wadą tej metody jest skomplikowana aparatura i konieczność dużych umiejętności i doświadczenia operatora.<sup>8</sup>

Pierwszy etap zabiegu to przygotowanie pola operacyjnego zgodnie z procedurami. Drugą czynnością jest wpuszczenie do worka spojówkowego i na rogówkę na 3 minuty 5% roztworu powidonu jodyny. Trzecia czynność polega na obłożeniu pola operacyjnego specjalną folią oraz odseparowaniu rzęs.

Do zabiegu fakoemulsyfikacji wykorzystuje się następujące cięcia:

Twardówkowe cięcie tunelowe- jest raną mocną, stabilną, dwuetapową i trzyplaszczynową.

Cięcie w przezroczystej rogówce- charakteryzuje się tym, że rana wykonana jest w rąbku, a tunel jest krótki. Która metoda cięcia zostanie wykorzystana w trakcie zabiegu jest wyborem operatora.

Kolejny etap to kapsuloreksja to ciągła i okrężna technika stosowana przy otwieraniu torebki przedniej soczewki w fakoemulsyfikacji. Technika ta potrzebuje precyzji i starannego przygotowania od operatora.

Następnym etapem zabiegu usuwanie jądra za pomocą techniki czterech kwadrantów, która rozpoczyna się od rzeźbienia jądra, które polega na utworzeniu podłużnego rowka za pomocą końcówki faco.

Kolejnym etapem zabiegu jest irygacja i aspiracja, która polega na usunięciu pozostałych mas korowych poprzez podciśnienie ssące końcówki fakoemulsyfikatora.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Por. J. J. Kański, Okulistyka kliniczna, dz. cyt., s. 369.

<sup>9</sup> Por. J. Kałużny (red.), Soczewka i zaćma, dz. cyt., s. 147

Ostatnim etapem zabiegu jest wszczepienie soczewki wewnątrzgałkowej i zakończenie operacji. Wszczepienie soczewki polega na wypełnieniu wiskoelastykiem torebki, po czym chirurg poszerza cięcie rogówkowe i wprowadza zwiniętą sztuczną soczewkę za pomocą iniektora.

### **Powikłania pooperacyjne**

-Powikłania wczesne

-Powikłania późne występują od 0.5 do 5 lat po zabiegu operacyjnym. Do najczęstszych powikłań wczesnych zaliczamy:

- Zapalenie wnętrza gałki ocznej
- Krwotok nadnaczyniówkowy
- Obrzęk rogówki
- Wypływ płynu i zapadnięcie ciała szklistego

Najczęściej występującym powikłaniem późnym po usunięciu zaćmy jest zmętnienie torebki tylnej soczewki inaczej zaćma wtórna. Za jej powstawanie odpowiedzialna jest proliferacja komórek nabłonka torebki i przemieszczenie ich na jej tylną część. Zaćma wtórna najczęściej leczona jest kapsulotomią laserową.

Wyróżnia się kilka form zmętnienia torebki tylnej soczewki:

- Przymglenie charakteryzuje się szarą barwą oraz małą przezroczystością torebki tylnej.
- Pofałdowanie torebki tylnej występują jako szerokie pasma lub drobne fałdy.
- Granulowatość inaczej kule Elschniga są podobieństwem dużej perły.
- Zwłóknienie torebki tylnej znacznie obniżają widzenie i wyglądają jak szarawe pasma.
- Pierścień Sommeringa jest okrężny i najrzadziej spotykany.

**Zapalenie błony naczyniowej** jest następstwem urazu operacyjnego oraz hypotonii.

**Odlączenie naczyniówki** surowicze lub krwotoczne.

**Wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego** występuje dość często po zabiegu usunięcia zaćmy. Podwyższone ciśnienie trwa przeważnie kilka dni i po zastosowanym leczeniu ustępuje.

**Torbielowaty obrzęk płamki** występuje dość często, spowodowany jest przez wypływ i uwięźnięcie szklistki w ranie operacyjnej po zabiegu operacyjnym.

**Przesunięcie sztucznej soczewki** najczęściej spowodowane jest przez pocieranie oka operowanego lub uraz.

## **Profilaktyka i zalecenia pooperacyjne**

Dieta bogata w substancje antyoksydacyjne i regularna suplementacja luteiną to najczęściej polecana metoda zapobiegania rozwojowi zaćmy. Suplementacja polega na stosowaniu doustnych preparatów z witaminami, antyoksydantami oraz mikroelementami (cynk, miedź), które nie dają żadnych objawów ubocznych. Naturalnym źródłem karotenoidów są żółtka jaj kurzych, warzywa takie jak: (kukurydza, ogórki, dynia, szpinak, seler, brukselka, sałata, brokuły, groszek) oraz owoce (czarna jagoda, jabłka, grejpfruty, pomarańcze).

Oprócz diety i suplementacji bardzo ważne jest noszenie okularów przeciwsłonecznych z odpowiednim filtrem, które chronią oczy przed szkodliwym oddziaływaniem promieni słonecznych.<sup>10</sup>

### **Zalecenia lekarskie**

Zagojenie się rany pooperacyjnej może trwać kilka tygodni. W tym okresie pacjent powinien na siebie uważać przy pochylaniu, ograniczyć wysiłek fizyczny, nie dźwigać ciężkich rzeczy, powinien prowadzić oszczędzający tryb życia.<sup>11</sup>

Po operacji usunięcia zaćmy metodą fakoemulsyfikacji pacjent może wrócić do pracy lekkiej np. biurowej po upływie 1 tygodnia, natomiast do pracy ciężkiej fizycznej po 3 miesiącach po zabiegu.

### **Cele i problemy**

Celem niniejszych badań jest ocena jakości życia pacjentów z zaćmą starczą przed i po operacji metodą fakoemulsyfikacji w piątej dobie po zabiegu.

Głównym problemem niniejszej pracy jest uzyskanie odpowiedzi na poniższe pytanie “Jaka jest jakość życia pacjentów z zaćmą starczą przed i po operacji metodą fakoemulsyfikacji w piątej dobie po zabiegu?”

W niniejszej pracy sformułowano następujące hipotezy:

1. Zakłada się, że życie z zaćmą wpływa na jakość życia.
2. Zakłada się, że niedowidzenie spowodowane zaćmą może być niebezpieczne dla osób starszych w ich życiu codziennym.
3. Można przypuszczać, że chorzy na zaćmę są ograniczeni w aktywności zawodowej,

---

<sup>10</sup> Por. M. Wilczyński, Zastosowanie luteiny w profilaktyce chorób oczu, Świat Medycyny i Farmacji 3 (2008), s.40-42.

<sup>11</sup> Por. B. Kowalski, Zaćma- okiem praktyka, Nowa Klinika 16 (2009), s. 13116

fizycznej, społecznej i duchowej.

4. Wysoce prawdopodobne jest to, że operacja usunięcia zaćmy starczej metodą fakoemulsyfikacji poprawia jakość życia.
5. Można przypuszczać, że fakoemulsyfikacja przywróci samodzielność i niezależność chorych.
6. Zakłada się, że operacja zaćmy poprawi stan psychiczny pacjentów.

### **Metody i techniki badawcze**

W niniejszej pracy zastosowano technikę ankietowania, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety z przygotowanymi wcześniej pytaniami. Kwestionariusz ankiety zawierał 36 pytań. Pierwsze 8 pytań- metryczka zawierały informacje o płci, wieku, miejscu zamieszkania, stanie cywilnym, wykształceniu, aktywności zawodowej, ilości przebytych operacji na zaćmę oraz występowaniu innych chorób oczu. Kolejne pytania dotyczyły informacji na temat jakości życia z zaćmą i po operacji.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu.

### **Charakterystyka badanej grupy**

Badaniem objęto grupę pacjentów zoperowanych na zaćmę z oddziału okulistycznego w Przasnyskim szpitalu. W badaniu wzięło udział 100 osób zoperowanych na zaćmę metodą fakoemulsyfikacji (w tym 69 kobiet i 31 mężczyzn). Jako kryterium podziału grupy przyjęto płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodową, liczbę przebytych operacji na zaćmę oraz inne choroby oczu.

Z przedstawionych danych wynika, że 69% zoperowanych pacjentów to kobiety, natomiast mężczyźni stanowią 31% grupy.

Z danych wynika, że ponad połowa badanych mieści się w przedziałach wiekowych 61-70 lat i 71-80 lat, którzy wspólnie stanowią 61% respondentów. W kolejnym przedziale 51-60 lat jest 19% badanych pacjentów. Mała grupa badanych 4% ogółu mieści się w przedziale wiekowym 41-50 lat. Natomiast pacjenci powyżej 81 lat stanowią 16% grupy badanych. Ponad połowa osób badanych mieszka na wsi, stanowią oni 58% ankietowanych, natomiast pozostałe 42% to mieszkańcy miasta. Z przedstawionych danych wynika, że ponad połowa (55%) badanych to osoby żyjące w związku małżeńskim. Kolejna dość duża grupa respondentów (27%) to wdowy i wdowcy. Kawalerzy i panny stanowią 12% grupy badanej. Podobna sytuacja przedstawia się

między osobami w separacji, a osobami rozwiedzionymi, obie grupy stanowią po 3%. Największą grupę badanych (31%) stanowią osoby z wykształceniem zawodowym. Kolejna spora grupa respondentów (28%) jest z wykształceniem średnim. Natomiast osoby z wykształceniem podstawowym stanowią ¼ grupy badanej. Pozostałe 16% to ankietowani z wykształceniem wyższym. Zdecydowana większość pacjentów, czyli 75% to emeryci oraz renciści. Osoby aktywne zawodowo stanowią 20% grupy badanej, natomiast zaledwie 5% to osoby bezrobotne. Ponad połowa (64%) badanych operowanych jest po raz pierwszy, a pozostałe 36% pacjentów są operowani na zaćmę po raz drugi. Zdecydowana większość ankietowanych, czyli 90% nie choruje na inne choroby oczu. Natomiast pozostałe 10% ankietowanych choruje między innymi na astygmatyzm, retinopatię cukrzycową oraz jaskrę.

### **Wyniki badań**

Po przeprowadzeniu sondażu diagnostycznego dokonano analizy uzyskanych wyników. 1/4 ankietowanych twierdzi, że zaćma była przeszkodą i ograniczała ich w życiu społecznym i duchowym. Natomiast 27% badanych ocenia, że zaćma nie była przeszkodą i ograniczeniem w sferze społecznej i duchowej. Kolejni badani twierdzą, że zaćma była przeszkodą i ograniczała ich w życiu społecznym i duchowym częściowo (31%) bądź w znacznym stopniu (17%). U 18% badanych zaćma wcale nie utrudniała realizację zainteresowań, hobby, planów i marzeń. U pozostałych ankietowanych choroba utrudniała realizację zainteresowań, hobby, planów, marzeń w pełni (16%), przeważnie (32%) i umiarkowanie (34%). Zaburzenia wzroku spowodowane zaćmą ograniczały i zniechęcały większość badanych do korzystania z komórki, laptopa, telewizji oraz innych nowości technologicznych, aż 29% badanych odpowiedziało, że tak, w dużym stopniu (36%), natomiast w małym stopniu (23%). Niedowidzenie spowodowane zaćmą przeszkadzało większości badanych w wykonywaniu codziennych czynności w różnym stopniu. Między innymi 51% badanych odpowiedziało, że średnio, 25% nieco i 16% badanych, że w dużym stopniu. Natomiast u pozostałych 8% respondentów zaćma wcale nie była przeszkodą w wykonywaniu codziennych czynności. Aż 5% badanych zawsze odczuwała bezradność i niesamodzielność w trakcie choroby. Ponad połowa badanych (59%) odczuwała bezradność i niesamodzielność bardzo często oraz często. Natomiast pozostali respondenci odczuwali bezradność i niesamodzielność przed zabiegiem rzadko (28%) lub nigdy (8%). Według danych wynika, że 31% badanych, chociaż raz poczuli się w trakcie choroby niepotrzebni lub ciężarem dla najbliższych. Pozostałe 69% respondentów nie miało tego problemu. Ponad połowa badanych (60%) w trakcie choroby odczuwała przygnębienie, rozdrażnienie, rozpacz i lęk często lub bardzo często. Zdecydowana większość respondentów miała przed operacją problemy z przeczytaniem poczty, informacji z

ulotek leków, cen i dat ważności produktów spożywczych, aż 39% często, 27% bardzo często oraz 12% badanych zawsze. Pozostali ankietowani mieli taki problem rzadziej (18%), bądź nigdy (4%). U 60% badanych zaćma wcale nie przeszkadzała i nie utrudniała w pracy zawodowej. Natomiast pozostałej grupie ankietowanych zaćma utrudniała i przeszkadzała w pracy zawodowej nieco (19%), średnio (17%) i u 4% badanych w dużym stopniu. Natomiast prawie wszyscy 95% badanych nie miało takiego problemu, ponieważ większość respondentów to emeryci, renciści oraz osoby bezrobotne. Wszyscy badani, czyli 96% byli przed operacją świadomi i poinformowani o możliwości wystąpienia powikłań pooperacyjnych i ich następstwach. Pozostałe 4% badanych twierdzą, że nie byli poinformowani i świadomi. Tylko u 2% badanych wystąpiły powikłania pooperacyjne, u pozostałych 98% respondentów żadnych powikłań nie stwierdzono. U zdecydowanej większości respondentów obecne widzenie w porównaniu z widzeniem przed operacją jest dużo lepsze (58%), trochę lepsze (31%). Natomiast pozostali respondenci (13%) stwierdzili, że obecne widzenie jest podobne jak przed operacją. U większości badanych, czyli u 74% stan psychiczny po zabiegu uległ poprawie. 47% badanych twierdzi, że po zabiegu poprawił się ich komfort i jakość życia. Tylko 2% ankietowanych twierdzi, że operacja usunięcia zaćmy nie poprawiła komfortu i jakości życia. Pozostali respondenci oceniają, że operacja usunięcia zaćmy poprawiła komfort i jakość życia w znacznym stopniu (18%) lub częściowo (33%). U większości ankietowanych zabieg usunięcia zaćmy wpłynął na samodzielność w wykonywaniu czynności codziennych w stopniu bardzo dużym (10%), w dużym (34%) oraz średnim (37%).

## Dyskusja

Najczęstszą przyczyną pogorszenia lub utraty wzroku na świecie jest zaćma. Na zaćmę można zachorować w każdym wieku, ale najczęściej choroba ta dotyka osoby w wieku starszym, co potwierdzają badania własne oraz badania innych autorów, między innymi z Poradni okulistycznej w Markach z 2010 roku, gdzie z 795 pacjentów, aż 66% to pacjenci chorzy na zaćmę w wieku od 65 do 75 i powyżej.

Według danych WHO w 2020 roku liczba osób niewidomych może wynosić 75 milionów. Mimo że na świecie wykonuje się rocznie około 20 milionów operacji na zaćmę, liczba pacjentów wymagających leczenia okulistycznego ciągle rośnie. Zaćma jest chorobą odwracalną i można się jej pozbyć poprzez profilaktykę, wyeliminowanie chorób prowadzących do utraty wzroku, leczenie operacyjne najczęściej metodą fakoemulsyfikacji z wszczepieniem sztucznej soczewki

wewnątrzgałkowej.<sup>12</sup>

Z przeprowadzonych badań w SPZZOZ w Przasnyszu wynika, że życie z zaćmą znacznie obniża jakość życia dotykając każdą sferę. Zdecydowana większość badanych przed zabiegiem wymagała pomocy i wsparcia ze strony rodziny i innych. Osoby słabo widzące częściej odczuwały negatywne stany emocjonalne oraz uczucie bezradności i niesamodzielności. Podobne wyniki otrzymali autorzy badań z Kliniki Chorób Oczu w Bydgoszczy.<sup>13</sup>

Z badań wynika, że zaćma w różnym stopniu ograniczała badanych w aktywności zawodowej, fizycznej, duchowej i społecznej. Aż 73% respondentów było ograniczonych w życiu społecznym i duchowym. Ponad połowa badanych większość czasu spędzała w domu rezygnując z zainteresowań, marzeń oraz miała trudności z obsługą podstawowych sprzętów domowych i multimedialnych. Otrzymane wyniki dotyczące aktywności fizycznej i społecznej są zbliżone do wyników badań przeprowadzonych w Prywatnej Klinice Okulistycznej w Lublinie, gdzie z powodu zaćmy ograniczonych w aktywności fizycznej było aż 76% ankietowanych natomiast w aktywności społecznej ponad 50% badanych.

Badania przedstawiają, że fakoemulsyfikacja przywraca samodzielność i niezależność chorych. Duża grupa ankietowanych swoją samodzielność i niezależność po zabiegu ocenia na bardzo dobrą i dobrą oraz 70% badanych korzysta z opieki i pomocy najbliższych nieco lub wcale. W badaniach przeprowadzonych w Prywatnej Klinice Okulistycznej w Lublinie 87% badanych również ocenia pozytywnie, że ich samodzielność po zabiegu znacznie poprawiła się. Z powyższych badań można wywnioskować, że zabieg usunięcia zaćmy starczej metodą fakoemulsyfikacji jest najlepszą i najskuteczniejszą metodą poprawiającą jakość życia osób starszych. Już w piątej dobie po zabiegu daje ogromne rezultaty. Fakoemulsyfikacja to ogromna szansa dla osób niewidomych na szybszy powrót do sprawności fizycznej, zawodowej, społecznej czy duchowej.

## **Wnioski**

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia pacjentów z zaćmą starczą przed i po operacji metodą fakoemulsyfikacji w piątej dobie po zabiegu.

Hipotezy badawcze zostały zweryfikowane, a analiza zgromadzonych danych pozwoliła na sformułowanie kilku wniosków:

---

<sup>12</sup> Por. G. Broniek., J. Szaflik, Funkcjonowanie zawodowe pacjentów po operacjach przedniego odcinka oka, dz. cyt., s. 108-109

<sup>13</sup> Por. E. Płachecka., G. Malukiewicz, Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy, dz. cyt., s. 215.

1. Założenie, iż życie z zaćmą wpływa na jakość życia zostało pozytywnie zweryfikowane. Ponad połowa badanych swoją jakość życia przed zabiegiem określa za przeciętną lub złą. Zdecydowana większość 81% badanych przed zabiegiem w różnym stopniu korzystała ze wsparcia i pomocy rodzin i innych. Ponad połowa ankietowanych czuła bardzo często lub często bezradność, niesamodzielność, przygnębienie, rozdrażnienie, rozpacz, lęk. Aż 31% badanych, chociaż raz poczuła się niepotrzebna lub ciężarem dla najbliższych.

2. Założenie, że niedowidzenie spowodowane zaćmą może być niebezpieczne dla osób starszych w ich życiu codziennym potwierdziło się. Ponad połowa respondentów w trakcie choroby obawiała się o własne bezpieczeństwo. Zdecydowana większość ankietowanych miała problemy z przeczytaniem poczty, informacji z ulotek leków, cen i dat ważności produktów spożywczych oraz aż 36% badanych doznało, chociaż raz skaleczenia, zatrucia, urazu, upadku bądź uległo wypadkowi.

3. Przypuszczenie, że chorzy na zaćmę są ograniczeni w aktywności zawodowej, fizycznej, społecznej i duchowej potwierdziło się. Aż 73% badanych było ograniczonych częściowo lub w znacznym stopniu w życiu społecznym i duchowym. Z powodu niedowidzenia ponad połowa badanych większość czasu spędzała w domu oraz miała trudności z obsługą telefonu komórkowego, laptopa, telewizora i innych nowości technologicznych. Sporej grupie badanych zaćma utrudniała realizację zainteresowań, hobby, planów, marzeń oraz w średnim stopniu utrudniała wykonywanie czynności codziennych. U osób pracujących zawodowo w większości zaćma utrudniała pracę średnio lub nieco, aż 5% badanych z powodu choroby musiało zmienić stanowisko lub pracę.

4. Operacja usunięcia zaćmy starczej metodą fakoemulsyfikacji znacznie poprawia jakość życia. Ponad połowa respondentów twierdzi, że zabieg poprawił komfort i jakość życia.

5. Przypuszczenie, że fakoemulsyfikacja przywróci samodzielność i niezależność chorych potwierdziło się. Duża grupa badanych swoją samodzielność i niezależność po zabiegu ocenia na bardzo dobrą i dobrą. Ponad 70% badanych odpowiedziało, że po zabiegu operacyjnym korzystają z opieki i pomocy najbliższych nieco lub wcale.

6. Założenie, że operacja zaćmy poprawi stan psychiczny pacjentów również potwierdziło się. Zdecydowana większość badanych uważa, że ich stan psychiczny po zabiegu uległ poprawie.

## **Bibliografia**

1. Por. B. Kowalski, Zaćma- co nowego, Nowa Klinika 15 (2008), s. 13055



2. Por. J. Izdebska., U. Kołodziejaska., A. Kamińska., J.P. Szaflik., A. Piwowarczyk, Kwalifikacja pacjentów do operacji usunięcia zaćmy, art. cyt., s. 13-15.
3. Por. J. Kałużny (red.), Soczewka i zaćma, dz. cyt., s. 95- 96.
4. Por. O. Kalisz., M. Gerkowicz., P. Baranowski., W. Mazurek., T. Wolski., K. Goździuk., A. Rozegnał- Madej, Termograficzna ocena procesu gojenia u pacjentów po operacji zaćmy metodą facoemulsyfikacji, Magazyn Lekarza Okulisty 4 (2008), s. 244.
5. Por. B. Iwaszkiewicz- Bilikiewicz, Zaćma (cataracta), Geriatria 2 (2008), s. 254.
6. Por. J. J. Kański, Okulistyka kliniczna, dz. cyt., s. 369.
7. Por. J. Kałużny (red.), Soczewka i zaćma, dz. cyt., s. 147
8. Por. M. Wilczyński, Zastosowanie luteiny w profilaktyce chorób oczu, Świat Medycyny i Farmacji 3 (2008), s.40- 42.
9. Por. B. Kowalski, Zaćma- okiem praktyka, Nowa Klinika 16 (2009), s. 13116
10. H. Lenartowicz., M. Kózka, Metodologia badań w pielęgniarstwie, dz. cyt., s. 97.
11. Por. G. Broniek., J. Szaflik, Funkcjonowanie zawodowe pacjentów po operacjach przedniego odcinka oka, dz. cyt., s. 108-109
12. Por. E. Płachecka., G. Malukiewicz, Ocena jakości życia pacjentów przed operacją zaćmy i po operacji zaćmy, dz. cyt., s. 215.

**Klaudia Kubat<sup>1</sup>, Zbigniew Puchalski<sup>2</sup>, Joanna Szwarz-Woźniak<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO CAŁKOWITEJ WYMIANE STAWU KOLANOWEGO**

### **LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER EXCHANGE OF KNEE-JOINT**

#### **Streszczenie**

Staw kolanowy to część ciała podatna na różnego rodzaju patologie. Niejednokrotnie w celu usprawnienia stawu kolanowego, a tym samym poprawy jakości życia pacjenta konieczne jest zastosowanie leczenia operacyjnego. Celem pracy jest ocena jakości życia pacjentów po całkowitej wymianie stawu kolanowego. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę badań zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta ta składała się z 23 pytań i metryczki. Badania zostały przeprowadzone w okresie od 03.02 do 25.03 2017 roku. Badaniom poddano pacjentów Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce. Rozdano 100 kwestionariuszy ankiety, zwrotnie otrzymano 92 poprawnie wypełnionych ankiet i ta liczba stanowiła 100% badanych. Uzyskane wyniki badań własnych wskazują na poprawę w zakresie poziomu odczuwanego bólu, funkcjonalnej sprawności pacjentów, a także ich funkcjonowania w życiu zawodowym, rodzinnym, towarzyskim i seksualnym. Większość badanych ocenia swoją jakość życia dobrze – 52,17%, natomiast bardzo dobrze oceniło jakość swojego życia 15,21% ankietowanych. Niemal połowa badanych - 44,56% twierdzi, że po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym ma większe możliwości w pełnieniu

codziennych zadań w życiu rodzinnym. Zdecydowana większość badanych (55,34%) przyznaje, iż po zabiegu operacyjnym ich życie osobiste uległo poprawie. 55,43% respondentów twierdzi, że po zabiegu operacyjnym ich możliwości zawodowe zwiększyły się. Większość badanych osób - 55,43%, uznało, że ich życie towarzyskie po zabiegu operacyjnym uległo poprawie.

**Słowa kluczowe:** staw kolanowy, leczenie operacyjne, jakość życia

### Summary

The knee joint is a part of human body that gets pathology easily. In many cases to improve the knee joint and the quality of patient's life surgery is necessary. The aim of this work is the assessment of the quality of patients' life after knee joint surgery. In the research was used a diagnostic poll while the research tool was author's questionnaire. This questionnaire consisted of 23 questions and certificate. The research was conducted from 3<sup>rd</sup> February 2017 to 25<sup>th</sup> March 2017. Patients that took part in this research were from Mazowiecki Specialist Hospital in Ostroleka. One hundred questionnaires were given out and 92 of them returned correctly fulfilled. This number made up 100% of people being tested. The results of this research show that there is the improvement in the area of the level of pain, patient's mobility and also in their functioning in working, family, social and sexual life. The majority of respondents (52,17%) assess their quality of life well while 15,21% were of a very good opinion about its quality. Almost half of the respondents (44,56%) claim that after surgery they have greater possibilities of performing everyday duties in family life. Most of the surveyed people (55,34%) admit that after surgery their personal life is better. 55,43% of the respondents say that after knee joint surgery their working possibilities have improved. Many of people being tested (55,43%) claim that their social life have never been better.

**Key words** knee joint, surgery, quality of life

### Wstęp

Staw kolanowy stanowi jedno z najbardziej obciążonych bio - łożysk w ludzkim ustroju i jest to również staw najczęściej podatny na różne patologie i ulegający uszkodzeniom urazowym. Wiele chorób prowadzi do zniszczeń struktur anatomicznych stawu kolanowego: choroba zwyrodnieniowa oraz reumatoidalne zapalenie stawów. Wówczas ma miejsce upośledzenie

funkcji kolana, co bezpośrednio skutkuje zaburzeniami poruszania się.<sup>1</sup>

Obserwuje się wzrost liczby zabiegów operacyjnych alloplastyki kolana. Endo - protezoplastykę tego stawu wykonuje się dwa razy rzadziej niż stawu biodrowego, przywrócenie prawidłowej osi kończyny jest dużo trudniejsze w stawie kolanowym niż biodrowym. Wszczepiona proteza w 96% przypadków może funkcjonować w sposób prawidłowy przez okres od 10 do 15 lat.<sup>2</sup>

Celem pracy jest jakość życia pacjentów po całkowitej wymianie stawu kolanowego.

Do przeprowadzenia badań opracowano autorski kwestionariusz wywiadu.

Praca składa się z czterech głównych części:

*Część pierwsza* – w której opisano jakość życia w różnych aspektach, zdrowia i choroby.

W pracy zawarte zostały również metody i skale służące do oceny jakości życia pacjentów.

*Część druga* – opisano anatomię i biomechanikę stawu kolanowego oraz umieszczono opis zabiegu wymiany stawu kolanowego.

*Część trzecia* – metodologiczna – zawarto cel pracy, problemy badawcze, hipotezy oraz scharakteryzowano zmienne zależne i niezależne; opisano materiał, techniki i narzędzie badawcze; zamieszczono charakterystykę organizacji i przebiegu badań.

*Część czwarta* - badawcza - zawarto charakterystykę badanej grupy, zaprezentowano wyniki badań własnych.

### **Jakość życia w świetle literatury przedmiotu**

Pojęcie „jakość” (*lac. qualitas*) zostało najprawdopodobniej zdefiniowane pierwszy raz przez Platona, który uznawał jakość za pewnego rodzaju stopień doskonałości. Pojęcie jakości życia pojawiło się w encyklopediach dopiero po II wojnie światowej i stopniowo przechodziło ewolucję. Jakość życia jest terminem złożonym, bardzo trudnym do zdefiniowania. Istnieje całe mnóstwo definicji jakości życia, które różnią się od siebie w zależności od autora oraz kontekstu ich powstawania. Jakość życia można odnosić do normy społecznej – wypełnianie określonej roli, normy klinicznej – brak objawów choroby, lub też normy indywidualnej – realizacja celów osobistych. Jakość życia człowieka pozostaje w ścisłym związku ze sferą motywacji, tj. ze zdolnością i możliwościami człowieka do zaspokajania potrzeb. Im stopień spełnienia ważnych

---

<sup>1</sup> N. Chruścicka., D.Ciepelowski, S. Łagat: Modelowanie endoprotezy stawu kolanowego, Aktualne Problemy Biomechaniki, nr 6/2012 s. 15-20.

<sup>2</sup> J. Jaczewska: Aktywność sportowa pacjentów po całkowitej endoprotezoplastyce stawu kolanowego. Artroskopia i Chirurgia Stawów, 2011; 7(3-4): s. 38-49.

dla człowieka potrzeb jest wyższy, tym lepsza jest jakość jego życia.<sup>3</sup>

W Encyklopedii PWN jakość życia określa się jako: „*stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych jednostek, rodzin i zbiorowości*”.<sup>4</sup>

Na początku badania dotyczące jakości życia miały za zadanie służyć jako wskaźniki poziomu życia człowieka w danych warunkach: środowisku, miejscu pracy, rodzinie. Badania o podobnym charakterze w postaci ekspertyzy społecznej, które obejmują stały sondaż jakości życia i dobrostanu, mają miejsce również w tej obecnie.<sup>5</sup>

Jakość życia w chorobie

Campbel, amerykański biochemik był pionierem badań nad jakością życia wśród chorych. Twierdził on, że jakość życia zależy od zaspokojenia potrzeb w konkretnych jego strefach, do których zaliczył: pracę zawodową, życie rodzinne, małżeństwo, zdrowie, życie towarzyskie, zajęcia domowe, życie w danym kraju, sposoby spędzania czasu wolnego, wykształcenie jakie człowiek posiada oraz standard życia.<sup>6</sup>

M. Rosser w 1972 roku jako pierwsza opracowała i opublikowała metodę, mającą na celu określenie poziomu jakości życia chorych. Dzięki badaniom M. Rosser do medycyny wprowadzony został charakterystyczny sposób rozumienia jakości życia w dwóch aspektach: przeżyciowym i behawioralnym. Duży wkład w poznaniu jakości życia na gruncie polskim stanowią badania Czapińskiego, nazwane „cebulową teorią szczęścia”. Według Czapińskiego wystąpienie spadku woli życia zależne jest od zdarzeń zewnętrznych, a jej rekonwalescencja następuje jak gdyby samoistnie, zaś pozostałe partie potrzebują do tego wzmocnień pozytywnych. Pojęcie jakości życia według badacza ma odniesienie do powierzchniowej warstwy szczęścia, czyli sumy cząstkowych satysfakcji uzyskiwanych w różnych wymiarach życia.<sup>7</sup>

Jakość życia w kontekście medycznym, rozumiana jest jako wpływ choroby na wszelkie znaczące aspekty życia pacjenta, zarówno w ujęciu obiektywnym jak i subiektywnym. Ocena jakości życia obejmuje samoocenę pacjenta i ocenę otoczenia. Badacze potwierdzają, HRQOL należy rozpatrywać jako koncepcję wielopoziomową, która reprezentuje rezultat działań fizjologicznych, psychologicznych i społecznych, a także czynników mających wpływ na

---

<sup>3</sup> L. Wołowicka: Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008, s. 19

<sup>4</sup> Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 121.

<sup>5</sup> M. Sierakowska, E. Krajewska-Kułak: Jakość życia w chorobach przewlekłych nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. *Pielę.* XXI w. 2004, 2 (7) : 23-26.

<sup>6</sup> K. Klimaszewska, E. Krajewska-Kułak, D. Kondzior, K. Kowalczyk, B. Jankowiak: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011, 19, s. 47-54.

<sup>7</sup> J. Czapiński: Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 78

zdrowie.<sup>8</sup>

Analizując HRQL należy zwrócić uwagę, że choroba i jej leczenie mogą wywierać niekiedy odwrotny efekt od przewidywanego, na co ma wpływać wiele bodźców. Jeden z nich to reakcje emocjonalne, które w rzeczywistości nie są odpowiedzią na sytuacje je tworzące, ale wyłącznie na wyobrażenia i myśli związane z tymi faktami.

### **Metody pomiaru jakości życia**

W ocenie poziomu jakości życia pacjenta powinno być zawarte porównanie oczekiwań chorego z realnym stanem jego zdrowia, nie tylko fizycznego. Badania oceny poziomu jakości życia mają na celu:

- określenie wpływu niepełnosprawności fizycznej na zmiany w jakości życia;
- określenie psychicznych, fizycznych i społecznych konsekwencji, jakie powoduje choroba;
- ocenę działań rehabilitacyjnych oraz efektywność metod leczniczych w odniesieniu do jakości życia i jego długości;
- oznaczenie efektywności używanych metod leczniczych oraz oznaczenie ich wpływu na życie pacjenta;
- poznanie indywidualnych przeżyć, reakcji, emocji, które niesie ze sobą choroba i proces leczenia;
- ocenę satysfakcji chorego z życia oraz stopień subiektywnej oceny własnej sytuacji życiowej w porównaniu do życia osób zdrowych;
- określenie umiejętności chorego w pokonywaniu różnych trudności;
- ocenę medycznej edukacji pacjenta.<sup>9</sup>

Istnieje wiele techniki badania i oceny jakości życia. Do skal ogólnych oceny jakości życia zalicza się:

- *Short Form Health Survey (SF-36)*<sup>10</sup>;
- QOL, *Quality of Life*- Indeks Jakości Życia Ferrans i Powers;
- WHOQOL-Bref;

---

<sup>8</sup> M. Przybysz, A. Horodnica-Józwa, E. Petriczko, K. Wójcik, M. Walczak: Ocena jakości życia dzieci z cukrzycą typu 1. *Endokrynol. Pediatr.* 2008, 7 (2), s. 67-74.

<sup>9</sup> B. Cegła, Z. Bartuzi: Badania jakości życia w naukach medycznych, *Polska Medycyna Rodzinna* 2004, 6, Suplement 1: 124 – 128.

<sup>10</sup> J. Tylka, R. Piotrowicz: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Wersja polska. *Kardiol Pol* 2009, 67, 1166-1169.

- *Sickness Impast Profile 136 (SIP)*.<sup>11</sup>

Do ogólnych kwestionariuszy oceny jakości życia stosowanych w Polsce należą wskaźnik jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia – kwestionariusz WHOQoL oraz jego skrócona wersja WHOQoL-BREF, których polska wersja została opracowana przez Wołowicką i Jaracz z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.<sup>12</sup>

### **Staw kolanowy– zagadnienia podstawowe związane z tematem badań**

Staw kolanowy stanowi największy staw organizmu ludzkiego utworzony przez kość udową, piszczelową oraz rzepkę. Stawy rzepkowo-udowy oraz udowo-piszczelowy obejmuje wspólna torebka stawowa, co ułatwia kontakt bezpośredni pomiędzy powierzchniami stawowymi. Płaszczyzny stawowe stawu piszczelowo – udowego czyli kłykcie kości udowej, a także kłykcie kości piszczelowej oddziela od siebie przestrzeń zawierająca dwie łąkotki: boczną i przyśrodkową. Łąkotka boczna cechuje się dużą ruchomością, jest silniej zakrzywiona i krótsza w porównaniu z łąkotką przyśrodkową.<sup>13</sup> Na poniższej rycinie przedstawiono schemat anatomii stawu kolanowego.

Od powierzchni wewnętrznej kłykcia bocznego kości udowej aż do pola przedniego międzykłykciowego kości piszczelowej przebiega więzadło krzyżowe przednie (ACL) złożone z dwóch pęczków: pęczka tylnobocznego i pęczka przednio-przyśrodkowego.

Od powierzchni wewnętrznej kłykcia przyśrodkowego kości udowej do pola tylnego międzykłykciowego kości piszczelowej przebiega więzadło krzyżowe tylne (PCL), które złożone jest z dwóch pęczków: pęczka przyśrodkowego tylnego napiętego w chwili wyprostu stawu kolanowego oraz pęczka bocznego przedniego, który napina się podczas zginania stawu kolanowego.

Więzadło strzałkowe boczne (LCL) jest przyłączone do nadkłykcia bocznego kości udowej oraz bocznej powierzchni głowy strzałki, nie łącząc się w sposób bezpośredni z torebką stawową.<sup>14</sup>

Więzadło piszczelowe poboczne (MCL) jest umiejscowione od nadkłykcia udowej kości do kłykcia piszczelowej kości zbudowane z warstwy głębokiej i powierzchniowej. Warstwa

---

<sup>11</sup> Ł. Wojtyczek: Zaburzenia czynnościowe w układzie mięśniowym. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2005; 1: 77–80.

<sup>12</sup> Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001; 233-301.

<sup>13</sup> K.E. Wilk, S.B. Brotzman: Rehabilitacja ortopedyczna. Tom 2, red A. Dziak. Elsevier Urban& Partner, Wrocław 2008, s. 345-348.

<sup>14</sup> A. Kędzia : Kończyna dolna w Anatomia Człowieka Podręcznik dla studentów i lekarzy pod redakcją Witolda Woźniaka, Urban & Partner, Wrocław 2003, s.445.

głęboka jest odpowiedzialna za stabilizację przyśrodkowej łąkotki stawu kolanowego.<sup>15</sup>

Staw kolanowy jest unerwiony za pomocą następujących nerwów: udowego, piszczelowego, strzałkowego wspólnego oraz zasłonowego.

- Unacznienie stawu kolanowego związane jest głównie z odgałęzieniami tętnicy podkolanowej w tym:
- tętnica środkowa kolana;
- tętnica górna boczna kolana;
- tętnica górna przyśrodkowa kolana;
- tętnica dolna boczna kolana;
- tętnica dolna przyśrodkowa kolana.<sup>16</sup>

Mięśnie oddziałujące na staw kolanowy to mięśnie uda i goleni. Mięśnie uda, które oddziałują na staw kolanowy możemy podzielić na trzy grupy:

- grupa tylna, zginacze, należą do nich: mięsień półbłoniasty, mięsień dwugłowy uda, oraz mięsień półścięgnisty;
- grupa przednia, czyli prostowniki, należą do nich: mięsień krawiecki, mięsień czworogłowy uda, oraz mięsień stawowy kolana;
- grupa przyśrodkowa, czyli przywodziciele, należy do nich mięsień smukły.<sup>17</sup>

Na ruchy stawu kolanowego wpływają również mięśnie tylnej części goleni. Zalicza się do nich: mięsień płaszczkowaty, brzuchaty łydki, oraz podkolanowy.

### **Biomechanika stawu kolanowego**

Staw kolanowy to staw dwuosiowy o dwóch stopniach swobody. Stopień pierwszy związany z poprzeczną osią, wokół której występuje ruch wyprostu i zgięcia. Drugi, przez staw kolanowy w zgięciu, w sytuacji kiedy możliwy do wykonania jest ruch obrotowy wokół osi długiej goleni.<sup>18</sup>

### **Endoprotezoplastyka stawu kolanowego**

Endoprotezoplastyka (alloplastyka) stawu kolanowego jest operacją, która polega na wymianie całego stawu kolanowego bądź poszczególnych jego elementów na sztuczne. Zdecydowana większość zabiegów tego typu jest wykonywana z powodu choroby zwyrodnieniowej stawów, w przypadku kolana zwanej - gonartrozą. Jeżeli niszczenie stawu

---

<sup>15</sup> M. Cohen, D.C. Astur, R.C. Branco, R. Campos Fernandes, G. Arliani, W. Jalikjian, P. Golano: Morphology of the medial collateral ligament of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2011; 19: 1614–1619.

<sup>16</sup> O. Narkiewicz, J. Dziewiątkowski, W. Kubik: *Anatomia człowieka Tom II*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010 s.142.

<sup>17</sup> A. Zembaty: *Kinezyterapia. Tom I: Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyka kinezyterapii.* Kasper. Kraków 2002, s.122-124.

<sup>18</sup> R.C. Manske: *Postsurgical Orthopedic Sports Rehabilitation: Knee and Shoulder.* 2006; 16: 279-317.



kolanowego następuje bez ustalonej jednoznacznej przyczyny nazywa się to zjawisko pierwotnym zwyrodnieniem, które jest typowe dla osób w podeszłym wieku. Zwyrodnienie stawu wtórne ma miejsce w sytuacji gdy do zniszczenia stawu przyczyniają się stany patologiczne do których zalicza się:

- choroby neurologiczne;
- wady wrodzone i rozwojowe;
- zaburzenia kształtu kończyn dolnych;
- zapalenia, urazy;
- choroby reumatyczne.<sup>19</sup>

Głównymi wskazaniami do wykonania endoprotezoplastyki stawu kolanowego są:

- znaczne dolegliwości bólowe;
- upośledzenie funkcjonowania pacjenta;

Całkowita alloplastyka to sposób leczenia zalecany dla osób starszych lub z niskim poziomem aktywności. Ograniczenie dla osób aktywnych i młodych to prawdopodobny czas użytkowania, który przekracza żywotność implantu. Przeciwwskazaniami do operacji z użyciem endoprotezy są:

- ciężkie zniekształcenie kończyny;
- staw neurogeny;
- czynne ogniska infekcyjne;
- ciężki stan ogólny;
- rozległe żylaki kończyn dolnych;
- aktywne infekcje stawu i tkanek otaczających;
- niska jakość tkanki kostnej;
- choroba zakrzepowo-zatorowa;
- zaawansowana osteoporoza;
- długa przewidywana długość życia.<sup>20</sup>

Obecnie stosowane są różne wszczepy endoprotez w zależności od stanu tkanek, które budują staw. Typowy wszczep zbudowany jest z trzech części: płaskiego kawałka polietyleny, który ułatwia ruch oraz części udowej i piszczelowej. Zazwyczaj elementy protezy mocowane są do kości za pomocą specjalistycznego „kleju” zwanego cementem. Na rynku dostępne są również

---

<sup>19</sup> <http://fizjoplaner.pl/endoproteza-stawu-kolanowego.html>

<sup>20</sup> J. Kowalczewski: Pierwotna endoprotezoplastyka stawu kolanowego, Medisfera, Warszawa 2013, s.14.

rozwiązania bezcementowe, cieszące się jednak znacznie mniejszą popularnością.<sup>21</sup>

Należy zaznaczyć, iż dla chorego jest to duży, ciężki i krwawy zabieg, który często wiąże się z koniecznością przetaczania krwi.

### **Usprawnienie pacjenta po endoprotezie**

Wczesna rehabilitacja oraz mobilizacja pacjenta pozwala uniknąć powstawania powikłań do których zalicza się: zwknięcia protezy, zakażenie okolicy rany, zapalenie stawu, zakrzepica dolnych kończyn. Należy zwrócić uwagę aby rehabilitacja była odpowiednio dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta. Program rehabilitacji różni się sposobem usprawniania, intensywnością oraz tempem.<sup>22</sup>

Deficyt rehabilitacji w okresie pooperacyjnym w sposób istotny wpływa na zaburzenia funkcji stawu kolanowego.<sup>23</sup>

Pierwszym istotnym elementem rehabilitacji stanowią wszelakie działania, które poprzedzające zabieg operacyjny. Oprócz różnorodnych technik zwiększających siłę, zakres ruchu, a także zmniejszających dolegliwości bólowe, chory jest uczony chodzenia o kulach. Pacjentowi przekazuje się również informacje dotyczące wykonywania podstawowych ćwiczeń i czynności samoopieki po operacji.

### **Cel i przedmiot badań**

Celem głównym niniejszej pracy jest ocena jakości życia chorych po całkowitej wymianie stawu kolanowego.

Przedmiotem badań – jest jakość życia 92 chorych u, których wykonano zabieg operacyjny wymiany stawu kolanowego.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę badań zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Ankieta składała się 23 pytań i metryczki. W metryczce zadano respondentom pytania dotyczące ich: wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia, zatrudnienia, pytano również o czas jaki upłynął od zabiegu

---

<sup>21</sup> P. Kołodziejski, J. Deszczyński, A. Stolarczyk, T. Rawo, Ł. Nagraba: Ocena jakości życia pacjentów po wszczępieniu całkowitej cementowej endoprotezy stawu kolanowego *Artroskopia i Chirurgia Stawów*, 2007; 3(2): 12-17

<sup>22</sup> E. Golec, S. Nowak, J. Golec, B. Jasiak – Tyrkalska, P. Jurczak: Złamania okołoprotezowe jako powikłania alloplastyki totalnej stawu kolanowego – wyniki leczenia i rehabilitacji. *Kwart Ortop* 2007, s.187-189.

<sup>23</sup> W. Stryła, A.M. Pogorzała: Ćwiczenia propriocepcji w rehabilitacji. PZWL, Warszawa 2014, s.20-25.

operacyjnego. Druga część ankiety składała się z dziesięciu pytań i dotyczyła samooceny jakości życia badanych osób. Trzecia i ostatnia część kwestionariusza ankiety dotyczyła różnych aspektów życia respondentów przed i po zabiegu operacyjnym.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 03.02 do 25.03 2017 roku. Miejscem przeprowadzania badań był Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Ostrołęce, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Rozdano 100 kwestionariuszy ankiety, zwrotnie otrzymano 92 poprawnie wypełnionych ankiet i ta liczba stanowiła 100% badanych.

### **Charakterystyka badanej grupy**

W badanej grupie było 92 osoby, w tym 62 kobiety i 30 mężczyzn. Struktura wieku przedstawiała się następująco: do 35 r.ż. było 1,08% , między 36-40 rokiem życia było 3,26%, grupa 41-45 lat stanowiła 4,34%, 45-50 lat 10,86 % , 51-60 lat 47,82%, a powyżej 61 r.ż. było 32,6% Wśród ankietowanych 27,17% zakończyło edukację na poziomie szkoły podstawowej, 38,04% miało wykształcenie zawodowe, a 23,07 % ukończyło szkołę średnią, a studia wyższe 11,95 W badanej grupie przeważały osoby mieszkające w mieście 55,43%, a mieszkańcy wsi stanowili 44,56% W badanej grupie czynnych zawodowo jest 9,78% badanych, osób bezrobotnych – 11,95%, emerytów i rencistów 78,26%.

### **Wyniki badań własnych**

Większość badanych osób ocenia swoją jakość życia dobrze – 52,17%, Mniej niż 1/3 badanych – 23,91% odpowiedziało: „trudno określić”. Bardzo dobrze oceniło jakość swojego życia 15,21%. Natomiast „źle” i „bardzo źle” jakość swojego życia oceniło tyle samo badanych – 4,34%.

Prawie połowa osób – 48,91% odpowiedziało, że jakość ich życia jest dla nich ważna. 32,6% ankietowanych osób udzieliło odpowiedzi „trudno określić”. Natomiast 11,95% odpowiedziało, że jakość ich życia jest dla nich bardzo ważna. Tylko 4,34% ankietowanych stwierdziło, że jakość ich życia jest dla nich nieważna, a jeszcze mniej 2,17%, iż jest obojętna.

Większość respondentów (52,17%) twierdzi, iż przed wykonaniem zabiegu operacyjnego odczuwało częściowe zadowolenie z życia osobistego. 10,86% ankietowanych podaje, iż nie odczuwało takiego zadowolenia.

Zdecydowana większość badanych (55,34%) przyznaje, iż po zabiegu operacyjnym ich życie uległo poprawie. Natomiast 36,95% odpowiedziało: „trudno powiedzieć”. 7,6% ankietowanych twierdzi, że ich życie osobiste nie uległo poprawie.

Zdecydowana większość badanych (66,30%) twierdzi, że dolegliwości bólowe powodowane chorobą zmusiły ich do ograniczania aktywności fizycznej. 22,82% odpowiedziało, że owszem ograniczenie takie miało miejsce ale tylko częściowo.

Większość badanych (63,04%) podaje, że w wyniku zabiegu operacyjnego wystąpiła u nich poprawa w zakresie aktywności fizycznej czego nie zaobserwowało 14,13%, natomiast 22,82% zaważyło tylko częściową poprawę.

Prawie połowa badanych osób (45,65%) uważa, że przebyty zabieg operacyjny nie miał wpływu na ich życie seksualne. Z kolei 22,82% badanych zauważyło częściową poprawę w tej sferze życiowej.

Połowa badanych (57,60%) przyznaje, że dolegliwości bólowe związane ze stawem kolanowym ograniczały ich możliwości zawodowe. Natomiast 34,78% odpowiedziało na te pytanie „trudno powiedzieć”. 7,6% twierdzi, iż wyżej wspomniane dolegliwości nie wpływały na ich możliwości zawodowe.

Połowa respondentów (55,43%) przyznaje, że po zabiegu operacyjnym ich możliwości zawodowe uległy poprawie. 33,69% zauważyło częściową poprawę. 6,52% twierdzi, że zabieg operacyjny nie miał wpływu na ich możliwości zawodowe, a 4,34%, że uległy pogorszeniu.

Większość badanych osób postrzega swoją przyszłość dość optymistycznie 55,43%, a bardzo optymistycznie 11,95%.

Dla zdecydowanej większości badanych (57,6%) zdrowie w przyszłości jest wartością bardzo ważną. Pozostali ankietowani odpowiedzieli, że jest dla nich ważne – 20,65%. Natomiast 12 osób (13,04%) udzieliło odpowiedzi – „trudno określić”.

Prawie połowa badanych (44,56%) oceniła możliwości życia codziennego przed wykonaniem zabiegu operacyjnego dobrze. Z kolei bardzo dobrze możliwości te oceniło 27,17%. Niewiele mniej – 21,73% oceniło możliwości te jako złe, a 6,52% bardzo złe.

Większość respondentów (66,30%) przyznaje że po zabiegu operacyjnym ich możliwości życia codziennego uległy poprawie. Natomiast 21,73% twierdzi, że nic się nie zmieniło, a 11,95% uważa, że czynności życia codziennego po zabiegu operacyjnym uległy pogorszeniu.

34,78% badanych twierdzi, że choroba stawu kolanowego bardzo znacząco ograniczyła możliwości w pełnieniu codziennych zadań w życiu rodzinnym. Niewiele mniej ankietowanych – 34,78% udzieliło odpowiedzi „trudno określić”.

Prawie połowa badanych (44,56%) twierdzi, że ma większe możliwości w pełnieniu codziennych zadań w życiu rodzinnym po zabiegu operacyjnym. Natomiast 20,65% respondentów nie zauważyło takiej poprawy, a 34,78% udzieliło odpowiedzi trudno określić.

32,6% badanych twierdzi, że choroba stawu kolanowego bardzo znacząco ograniczyła

możliwości w prowadzeniu życia towarzyskiego. 27,17% udzieliło odpowiedź „trudno określić.” Natomiast 16,3% twierdzi, że choroba ta w sposób nieznaczny ograniczyła możliwości w prowadzeniu życia towarzyskiego.

Nawet w wyniku poprawy zdrowia po zabiegu operacyjnym zdecydowana większość ankietowanych nie wyraża chęci podjęcia pracy – 77,17%. Pozostali deklarują odwrotnie.

### **Dyskusja wyników badań**

Wiele naukowych publikacji wskazuje na wysoką skuteczność dotyczącą leczenia operacyjnego dysfunkcji stawu kolanowego. Większość z nich oparta jest na obiektywnych kryteriach: radiologicznych lub klinicznych. Niewiele prac naukowych bazuje na subiektywnych skalach opierających się na ocenach samych pacjentów. Niestety nie zawsze udaje się sprostać oczekiwaniom chorego co do efektu terapeutycznego.<sup>24</sup>

Zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu to osoby starsze. Poziom wykształcenia ankietowanych był bardzo zróżnicowany, 27,17% zakończyło edukację na poziomie szkoły podstawowej, 38,04% miało wykształcenie zawodowe, a 23,07% ukończyło szkołę średnią, natomiast studia wyższe 11,95%. 55,43% osób biorących udział w badaniu to mieszkańcy miasta. Wśród ankietowanych dominowały osoby owdowiałe 41,30%, i będące w związkach małżeńskich 40,21%. Kawalerowie i panny stanowili zaledwie 15,21%, a osoby rozwiedzione 3,26%. W badanej grupie zaledwie 9,78% osób było czynnych zawodowo. Co jest zapewne spowodowane wiekiem badanych i schorzeniem stawu kolanowego. U zdecydowanej większości ankietowanych (85,86%) upłynął niespełna rok od zabiegu endoprotezy stawu kolanowego. Z kolei od roku do pięciu lat od tego zabiegu upłynęło u 9,78% ankietowanych, a powyżej pięciu lat u 4,34% badanych.

Wyniki przeprowadzonej analizy świadczą, iż większość badanych osób postrzega swoją przyszłość optymistycznie 55,43%, a bardzo optymistycznie 11,95%. Zaledwie 21,73% respondentów udzieliło odpowiedzi „obojętnie”, 9,78% – „słabo”, a tylko jedna osoba odpowiedziała, iż wcale nie postrzega przyszłości. Dla zdecydowanej większości badanych (57,6%) zdrowie w przyszłości jest wartością bardzo ważną. Pozostali ankietowani odpowiedzieli, że jest dla nich ważne – 20,65%. Natomiast 13,04% udzieliło odpowiedzi – „trudno określić”. Po cztery osoby odpowiedziało tak samo, iż wartość jaką jest zdrowie jest dla nich obojętna i nieważna.

Dokonując szczegółowej analizy jakości życia badanych zadano pytanie dotyczące

---

<sup>24</sup> J. Bellemans, H. Vandenuecker, J. Vanlauwe: Total knee replacement. Current Orthopaedics 2005;19: 451.

zadowolenia z życia osobistego. Większość respondentów (52,17%) twierdzi, iż przed wykonaniem zabiegu operacyjnego odczuwało tylko częściowe zadowolenie z życia osobistego. 10,86% ankietowanych podaje, iż nie odczuwało takiego zadowolenia. Natomiast pozostali 36,95% uważa, że nawet przed wykonaniem zabiegu operacyjnego odczuwało zadowolenie z życia osobistego. Zdecydowana większość badanych (55,34%) przyznaje, iż po zabiegu operacyjnym ich życie osobiste uległo poprawie. Bardzo ważny aspekt stanowiący wskazanie do zabiegu operacyjnego stawu kolanowego to dolegliwości bólowe. Większość badanych (66,30%) twierdzi, że dolegliwości bólowe powodowane chorobą zmusiły ich do ograniczania aktywności fizycznej. 22,82% respondentów odpowiedziało, że owszem ograniczenie takie miało miejsce ale tylko częściowo. Tylko 10,86% badanych twierdzi, iż takie ograniczenie nie występowało u nich w ogóle. Ponad połowa badanych (57,60%) przyznaje, że dolegliwości bólowe związane ze stawem kolanowym ograniczały ich możliwości zawodowe. Natomiast 34,78% badanych odpowiedziało na te pytanie „trudno powiedzieć”. Respondentów zapytano także czy objawy takie jak: obniżony nastrój, niska samoocena, poczucie smutku lub przygnębienia zakłócają w jakiś sposób ich codzienne życie. Aż 63,04% badanych twierdzi, że trudno dokonać odpowiedzi na to pytanie. 24 osoby (26,08%) uważa, że wyżej wymienione objawy nie zakłócają ich życia codziennego. Natomiast 6,52% odczuwa mocne zakłócanie codziennego życia tymi dolegliwościami, a 4,34% bardzo mocne.

Ważny aspekt życia wielu ludzi stanowią stosunki rodzinne. 38,04% ankietowanych jest zadowolona ze stosunków z członkami swojej rodziny, zupełnie przeciwstawnej odpowiedzi udzieliło 36,95% badanych. Natomiast aż 38,04% nie jest zadowolona ze wsparcia psychicznego jakie udziela im rodzina,

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują na poprawę w zakresie poziomu odczuwanego bólu, funkcjonalnej sprawności pacjentów, a także ich funkcjonowania w życiu zawodowym, rodzinnym, towarzyskim.

## **Wnioski**

Na skutek wnikliwej analizy materiału badawczego wyłoniono następujące wnioski:

1. Większość badanych osób po całkowitej wymianie stawu kolanowego ocenia swoją jakość życia dobrze – 52,17%, Bardzo dobrze oceniło jakość swojego życia 15,21% badanych.
2. Niemal połowa badanych - 44,56% twierdzi, że po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym ma większe możliwości w pełnieniu codziennych zadań w życiu rodzinnym. Natomiast 20,65% respondentów nie zauważyło takiej poprawy, a 34,78% udzieliło odpowiedzi „trudno określić”.

3. Zdecydowana większość badanych (55,34%) przyznaje, iż po zabiegu operacyjnym ich życie osobiste uległo poprawie. Natomiast 36,95% respondentów odpowiedziało na to pytanie dotyczące poprawy życia osobistego: „trudno powiedzieć”. Tylko 7,6% ankietowanych twierdzi, że ich życie osobiste nie uległo poprawie po wykonanym zabiegu operacyjnym.
4. Ponad połowa respondentów (55,43%) przyznaje, że po zabiegu operacyjnym ich możliwości zawodowe uległy poprawie. 33,69% ankietowanych zauważyło częściową poprawę. 6,52% twierdzi, że zabieg operacyjny nie miał wpływu na ich możliwości zawodowe, a 4,34%, że uległy pogorszeniu.
5. Większość badanych osób - 55,43%, uznało, że ich życie towarzyskie po zabiegu operacyjnym uległo poprawie. Tylko 9,78% respondentów nie zauważyło poprawy życia towarzyskiego po zabiegu operacyjnym. Natomiast 34,78% udzieliło odpowiedzi na to pytanie „trudno określić”.

### **Bibliografia**

1. Cegła B., Bartuzi Z.: Badania jakości życia w naukach medycznych, Polska Medycyna Rodzinna 2004, 6, Suplement 1: 124 – 128.
2. Chruścicka N., Ciepelowski D., Łagat S.: Modelowanie endoprotezy stawu kolanowego, Aktualne Problemy Biomechaniki, nr 6/2012 s. 15-20.
3. Cohen M., Astur D.C., Branco R.C., Campos Fernandes R., Arliani G., Jalikjian W., Golano P.: Morphology of the medial collateral ligament of the knee. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2011; 19: 1614–1619
4. Jaczewska J.: Aktywność sportowa pacjentów po całkowitej endoprotezoplastyce stawu kolanowego. Artroskopia i Chirurgia Stawów, 2011; 7(3-4): str. 38-49.
5. Kędzia A.: Kończyna dolna w Anatomia Człowieka Podręcznik dla studentów i lekarzy pod redakcją Witolda Woźniaka, Urban & Partner, Wrocław 2003, s.445-446.
6. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Problemy Pielęgniarstwa 2011, 19, 47-54.
7. Kołodziejcki P., Deszczyński J., Stolarczyk A., Rawo T., Nagraba Ł.: Ocena jakości życia pacjentów po wszczepieniu całkowitej cementowej endoprotezy stawu kolanowego Artroskopia i Chirurgia Stawów, 2007; 3(2), s. 12-17.
8. Kowalczewski J.: Pierwotna endoprotezoplastyka stawu kolanowego, Medisfera, Warszawa 2013.

9. Manske R.C.: Postsurgical Orthopedic Sports Rehabilitation: Knee and Shoulder. 2006; 16: 279-317.
10. Narkiewicz O., Dziewiątkowski J., Kubik W., Anatomia człowieka Tom II, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010 s.141-143.
11. Nowa Encyklopedia Powszechna PWN, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 121
12. Przybysz M., Horodnica-Józwa A., Petriczko E., Wójcik K., Walczak M.: Ocena jakości życia dzieci z cukrzycą typu 1. Endokryinol. Pediatr. 2008, 7 (2): 67-74.
13. Sierakowska M., Krajewska-Kułak E.: Jakość życia w chorobach przewlekłych nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny. Pielę. XXI w. 2004, 2 (7): 23-26.
14. Stryła W., Pogorzała A.M.: Ćwiczenia propriocepcji w rehabilitacji. PZWL, Warszawa 2014.
15. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Wersja polska. Kardiologia Pol 2009, 67, 1166-1169.
16. Wilk K.E., Brotzman S.B.: Rehabilitacja ortopedyczna. Tom 2, red A. Dziak. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
17. Wojtyczek Ł.: Zaburzenia czynnościowe w układzie mięśniowym. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2005; 1: 77–80.
18. Wołowicka L.: Jakość życia w naukach medycznych. Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. K. Marcinkowskiego, Poznań 2008, s. 19
19. Wołowicka L., Jaracz K.: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001; 233-301.
20. Zembaty A.: Kinezyterapia. Tom I: Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyka kinezyterapii. Kasper. Kraków 2002, s.122-124



**Marzena Chrostowska<sup>1</sup>, Zbigniew Puchalski<sup>2</sup>, Joanna Szwarc-Woźniak<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

**OCENA JAKOŚCI ŻYCIA RODZIN PACJENTÓW W  
TERMINALNYM OKRESIE CHOROBY  
NOWOTWOROWEJ W WARUNKACH DOMOWYCH**

**QUALITY ASSESSMENT OF PATIENTS'S FAMILIES  
AT THE PERIOD OF CANCER DISEASE IN HOME  
CONDITIONS**

**Streszczenie**

Tematem pracy jest jakości życia członków rodzin sprawujących opiekę w warunkach domowych nad osobą w schyłkowym stadium choroby nowotworowej. W ramach wprowadzenia omówione zostały zagadnienia dotyczące choroby nowotworowej i jej rodzajów, dolegliwości występujących u terminalnie chorych, fazy umierania, organizacji opieki paliatywnej w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory. W części poświęconej pracy badawczej, zostały zaprezentowane cele, hipotezy badawcze, metodologia przeprowadzonych badań własnych oraz płynące z nich wnioski. Szczególna uwaga została poświęcona zmianom jakie zachodzą w życiu opiekunów osób terminalnie chorych w różnych aspektach ich funkcjonowania: psychologicznym, społecznym i zawodowym. Praca prezentuje również potrzeby opiekunów m. in. pomoc pielęgniarską, pomoc lekarską, pomoc w czynnościach dnia codziennego oraz wsparcie duchowe, psychologiczne i emocjonalne.

**Słowa kluczowe:** nowotwór, opieka paliatywna, okres terminalny, fazy umierania, rodzina, jakość życia, ból, wsparcie, cierpienie

## Summary

The main topic of the dissertation concerns the quality of life of family members who take care at home of terminally ill person with cancer disease during its final stage. In the introductory part of dissertation author provides the essential information about cancer disease and its types, symptoms typical for the final stage of cancer disease, outlines dying phase, palliative care system in Poland and patients' quality of life. The second part of dissertation presents the author's research, including the aim of the research, hypothesis, research methodology and conclusions. It focuses on changes in psychological, social and professional aspects of carers' life. Author presents family members' needs and types of support that can be offered to them: medical support of doctors and nurses, support in daily life, psychological support, spiritual support, emotional support and opportunity to rest.

**Key words:** cancer, palliative care, terminal period, dying phase, family, quality of life, pain, support, suffering

## Wstęp

Rodzina pełni bardzo ważną rolę w opiece nad chorym w ostatnim okresie życia. To ona spędza te ostatnie chwile z umierającym, pielęgnuje go, pociesza, trzyma za rękę. Obecność przy łóżku chorego kogoś bliskiego ma ogromne znaczenie w łagodzeniu cierpienia psychicznego osoby umierającej. Jednak nie tylko chory, lecz również członkowie rodziny przeżywają trudne chwile, mają problemy i potrzebują psychicznego wsparcia. Często to oni mocniej przeżywają tę sytuację niż sam chory. Rodzinie trudno patrzeć na cierpienie chorego, który z lękiem i przerażeniem oczekuje następnego ataku bólu lub innej dolegliwości. Również obawa przed utratą bliskiej osoby, powoduje cierpienie. Niniejsza praca ma na celu zwrócenie uwagi na sytuację rodzin chorych onkologicznie i analizę jakości ich życia w kontekście choroby nowotworowej w okresie schyłkowym w warunkach domowych. W pierwszym rozdziale pracy poruszone zostały najważniejsze zagadnienia z zakresu opieki, leczenia i medycyny paliatywnej. Wyjaśniono co to jest choroba nowotworowa i opieka terminalna. Przedstawiono także informacje dotyczące samego nowotworu, fazy procesu nowotworowego, czyli jak dochodzi do jego powstawania i jakie przechodzi etapy podczas transformacji. Ponadto omówiono skalę problemu poprzez wskazanie statystyk chorób nowotworowych w Polsce w ostatnich dziesięcioleciach. Autorka zaprezentowała również fazy umierania przez jakie chory przechodzi w swojej chorobie wg. Elizabeth Kübler-Ross: faza zaprzeczenia i izolacji, następnie faza gniewu, targowania się, faza depresji i

pogodzenia się z losem.

Znaczna część pierwszego rozdziału pracy została poświęcony objawom jakie towarzyszą choremu w ostatnim okresie choroby nowotworowej, które są niezwykle uciążliwe i trudne do zniesienia zarówno dla chorego jak i dla jego najbliższych. Są to ból - jeden z najbardziej uciążliwych objawów w chorobie nowotworowej, nudności, wymioty, zaparcia, zmiany w jamie ustnej, wyniszczenie nowotworowe, duszność, depresja. Jak postępować, aby zniwelować choćby po części te objawy i poprawić jakość życia umierającego jak i jego rodziny.

Drugi rozdział pracy jest analizą problemu jakości życia rodzin osób z chorobą nowotworową w ostatnim okresie choroby w warunkach domowych. W tej części pracy autorka prezentuje wyniki badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy i konfrontuje je z badaniami zaprezentowanymi w literaturze.

### **Statystyka chorób nowotworowych**

Wiek XX przyniósł znaczne wydłużenie przeciętnego trwania życia na całym świecie. Zmiany demograficzne ludności spowodowały wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe, jak i wydłużenie ekspozycji na karcynogeny. W większości przypadków nowotworów nie udało się poznać czynników odpowiedzialnych za powstawanie procesu nowotworowego. Jak podaje Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, na nowotwory zachorowało 14 mln. osób, a zmarło 8,2 mln osób<sup>15</sup>. W Europie na choroby nowotworowe choruje 3,4 mln. osób, a 1,7 mln. umiera z ich powodu. W naszym kraju w pierwszej dekadzie XX wieku odsetek zgonów na nowotwory przed 65 r. ż. wynosił 40% u mężczyzn i 35% u kobiet.

Nowotwory złośliwe stanowią w Polsce drugą po chorobach układu krążenia-przyczynę zgonów (mężczyźni 26% zgonów ogółem, kobiety 23% wszystkich zgonów). W Polsce należy się liczyć z rosnącą liczbą zachorowań i zgonów ze względów demograficznych, gdyż wiek jest dużym czynnikiem ryzyka wielu nowotworów.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce wynika, że najczęściej na nowotwory złośliwe zapadają ludzie po 60 r. ż. tj. 70% zachorowań u mężczyzn i 60% zachorowań u kobiet. Szczyt zachorowalności przypada na ósmą dekadę życia.

Na tle Europy Polska pod względem zachorowalności jest poniżej średniej dla krajów Unii Europejskiej. U kobiet zachorowalność jest niższa o ok. 10%, a u mężczyzn o ok. 20%.

W Polsce jak informuję raport w ostatnich dwóch dekadach zgony z powodu nowotworów złośliwych wzrosły prawie 2,4-krotnie.

W Polsce mężczyźni najczęściej umierają z powodu raka płuc (30,7% tj. 1/3 zgonów), na drugim miejscu znajdują się, charakteryzujący się dużą dynamiką wzrostu w populacji polskiej,

rak jelita grubego (11,9%) i na trzecim miejscu rak gruczołu krokowego (8,2%). Na pozostałych miejscach jest rak żołądka (6,4%), pęcherza moczowego (5,1%), trzustki (4,5%), nerki (3,1%), białaczki (2,9%), nowotwory mózgu (2,8%).

Natomiast u kobiet rak płuca (15,95%), po raz kolejny jest pierwszą przyczyną zgonów, na drugim miejscu znajduje się rak piersi (13,9%), który utrzymuje się na stałym poziomie pomimo rosnącej zachorowalności. W dalszej kolejności kobiety umierają na raka jajnika (6,2%), trzustki (5,6%), żołądka (4,5%), szyjki macicy (4%), nowotwory mózgu (3,3%) i białaczki (2,9%).

Polska w przypadku wielu nowotworów, według wskaźnika 5-letnich przeżyć, nie może się pochwalić na tle Europy. Znacznie niższy wskaźnik przeżyć w Polsce dotyczy chorych na chłoniaki, białaczki, nowotwory piersi u kobiet, gruczołu krokowego, czerniaka skóry, pęcherza moczowego, szyjki macicy, krtani, jelita grubego, tkanek miękkich czy choroby Hodgkina.<sup>1</sup>

### **Podział chorób nowotworowych**

Nowotwory dzielimy na nowotwory łagodne, złośliwe i o miejscowej złośliwości.

Nowotwory łagodne–Ważną ich cechą jest powolny rozwój. Nie naciekają tkanek, naczyń czy nerwów. Rzadko dochodzi w ich obrębie do zmian martwiczych czy owrzodzeń. Po usunięciu nie dają wznów miejscowych i przerzutów odległych..<sup>2</sup>

Nowotwory złośliwe – guzy, które zbudowane są z komórek i tkanek nietypowych, wzrastają szybko, naciekając tkanki. Zazwyczaj guz ten jest słabo otorbiony lub zupełnie pozbawiony torebki. Niszcząc narządy powoduje krwawienia i zakrzepicę naczyń. Komórki nowotworowe odrywają się od guza pierwotnego i przenikając naczyniami krwionośnymi i chłonnymi po całym organizmie dając przerzuty odległe. Guz wydziela substancje, które powodują rozwój tkanki łącznej i wpływają na tworzenie się patologicznego ukrwienia..<sup>3</sup>

Nowotwory o miejscowej złośliwości rosną wolno. Guzy te podobne są do nowotworów łagodnych, ale mogą mieć wzrost naciekający, niszczą otoczenie i dają wznowy miejscowe, nawet po ich całkowitym usunięciu. Są to np.: raki podstawnocomórkowe skóry, gruczolaki wielopostaciowe śliniaki, szkliwiak i struniak.<sup>4</sup>

Nowotwory mogą być pochodzenia nabłonkowego i nienabłonkowego, które dzielą się na guzy złośliwe i niezłośliwe. Do łagodnych guzów nabłonkowych należy np. gruczolak, torbielak, brodawczak, torbielakogruczolak. Wśród nowotworów łagodnych pochodzenia nienabłonkowego

---

<sup>1</sup> M. Jarosz, I. Sajór, *Żywność chorych z nowotworami*, Warszawa 2012, s. 15

<sup>2</sup> Por. A. Deptała, *Onkologia w praktyce*, Warszawa 2006, s. 18

<sup>3</sup> Por. T. Mierzwa, *Podstawy teoretyczne nowotworów*, w: *Pielęgniarstwo onkologiczne, Podręcznik dla studiów medycznych*, A. Koper (red.), Warszawa 2011, s. 51

<sup>4</sup> A. Deptała, dzieło cytowane, s. 19

są: tłuszczaki, mięsaki, nerwiaki, naczyniaki. Złośliwe nowotwory nienabłonkowe zawierają w swojej nazwie określenie odpowiedniego nowotworu łagodnego z dodatkiem słowa mięsak (sarkoma), np.: mięsak mięśniakowy, mięsak tłuszczakowy czy naczyniowy.

### **Najczęściw występujące dolegliwości**

Celem nadrzędnym opieki nad chorym z chorobą nowotworową w stadium zaawansowanym jest poprawa jakości życia poprzez łagodzenie, kontrolowanie objawów somatycznych, psychicznych oraz wsparcie nie tylko chorego, ale i jego rodziny. W tym czasie leczenie przyczynowe jest już nieskuteczne i niesie za sobą dodatkowe objawy, które pogłębiają cierpienie. Chory wie, że umiera, i chce aby ktoś z nim był, umiał usunąć ból i został z nim aż do końca. mając prawo do obecności i opieki osób bliskich oraz do twórczego działania, na jakie pozwala mu stan zdrowia fizyczny, psychiczny i duchowy.<sup>5</sup>

W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej pojawiają się najczęściej przewlekłe osłabienie, chudnięcie, ból, obfite nocne poty, nudności, wymioty, brak apetytu, zaparcia. Objawy są inne w różnych rodzajach nowotworów i są zależne od prowadzonego wcześniej leczenia przyczynowego. Jednym z objawów utożsamianym z chorobą nowotworową jest ból. Szczególnym rodzajem bólu jest wyniszczający ból nowotworowy. Na świecie z powodu bólu nowotworowego cierpi około 9 milionów ludzi. Ból nowotworowy wynika ze specyfiki choroby, towarzyszących mu emocji jak gniew, lęk depresja. Ból trwający bardzo długo przejmując kontrolę nad umysłem i doprowadza chorego do depresji i wyczerpania fizycznego.<sup>6</sup> Określenie „ból nowotworowy” czy „ból u chorych na nowotwór” jest zwyczajowym i odnosi się do wszystkich rodzajów bólów nowotworowych. Oba te określenia używane są do opisu bólu uporczywego, stałego i przewlekłego towarzyszącemu leczeniu przeciwnowotworowemu i w zaawansowanym stadium choroby.

### **Rodzaje bólu**

Ból receptorowy (nocyceptywny) – w wyniku uszkodzenia receptorów nerwów czuciowych przez mediatory zapalenia wokół guza nowotworowego, przerzutów, torebek narządów mięsaszowych, jelit.<sup>7</sup> Dzielimy go na:

- bóle kostne - Bóle kostne nasilają się przy ucisku i są łatwe do zlokalizowania.

---

<sup>5</sup> Por. J. Pyszkowska, dzieło cytowane, s. 1

<sup>6</sup> Por. J. Pyszkowska, dzieło cytowane, s. 1

<sup>7</sup> Por. [www.neurosciencereview.eu](http://www.neurosciencereview.eu) z dn. 15.09.16 r. M. Hilgier, J. Jarosz, *Wytyczne*, 2006

- bóle z tkanek miękkich (owrzodzenia nowotworowe skóry, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, spowodowane chemioterapią i radioterapią).
- bóle trzewne (w guzach pierwotnych i przerzutach do wątroby, w guzach nerki, w raku trzustki, u chorych z rozsiewem nowotworowym do otrzewnej i niedrożnością jelit, bóle tenesmoidalne)
- bóle mięśniowe (odruchowy bolesny przykurcz mięśnia jako obrona przed bólem przy poruszaniu).
- ból spowodowany wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym (w nowotworach pierwotnych i przerzutach do mózgu).<sup>8</sup>
- ból przewodowy (neuropatyczny) - jest powikłaniem leczenia przeciwnowotworowego lub następstwem chorób współistniejących.
- bóle ośrodkowe (ucisk na rdzeń kręgowy, uszkodzenie wzgórza)
- bóle obwodowe krzyżowa w raku szyjki macicy i odbytnicy, mononeuropatie, neuralgie międzyżebrowe, bóle fantomowe i bóle kikuta, polineuropatie obwodowe po cytostatykach, pleksopatia po radioterapii).
- bóle z ucisku na korzenie nerwów (w przerzutach do kręgow).

Ocena bólu – aby prawidłowo ocenić ból u pacjenta należy uwzględnić nie tylko aspekt fizyczny, ale i psychiczny, społeczny oraz duchowy. Pytając pacjenta o ból należy uwzględnić:

- tzw. wzorzec czasowy bólu
- jakość bólu
- natężenie bólu – oceniane są według:
- **Skali słownej - VRS** (ang. Verbal Rating Scale) - 0 - ból nie występuje, 1 - ból lekki, 2 - ból umiarkowany, 3 - ból silny, 4 - ból bardzo silny, nie do zniesienia.
- **Skali numerycznej - NRS** (0-10) (ang. Numeric Rating Scale)- ból nie do zniesienia najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić.
- **Skala wizualno-logowa VAS** (ang. Visual Analogue Scale)
- **Skala obrazkowa**, która jest stosowana u dzieci i osób z upośledzeniem umysłowym. Schematycznie przedstawione twarze od radosnej po zapłakaną. Pacjent pokazuje tę, która najbardziej przypomina jego własną<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Por. A. Kotlińska-Lemieszek, Zasady postępowania z chorymi objętymi opieką paliatywną,

<sup>9</sup>Por. A. Kotlińska-Lemieszek, Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka, w: Medycyna paliatywna, K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz (red.), Warszawa 2015, s. 71.

## Ocena skuteczności leczenia

Bóle umiarkowane, czyli tolerowane, są to bóle o nasileniu nie większym niż VAS - 3, natomiast bóle, które wymagają leczenia lub jego zmianę VAS – powyżej 7, należą do stanów nagłych w onkologii. Ból nowotworowy jest bardzo trudny do opanowania, gdyż na niego składa się nie tylko ból somatyczny, ale i ból psychologiczny, socjologiczny; Bardzo ważnym problemem są tzw. bóle przebijające (ang. breakthrough), nazywane też epizodycznym lub incydentalnym, występujące u 40-60% chorych.

Charakteryzują się szybkim narastaniem bólu, krótkim czasem trwania ok. 30 min, występują napadowo, liczba ataków może wynosić 1-60 w ciągu doby, mimo prawidłowego leczenia przeciwbólowego. Takie bóle dotyczą ok. 70-80% chorych na nowotwory w okresie paliatywnym, wpływają niekorzystnie na jakość życia i są czynnikiem ryzyka depresji. Do czynników, które pogarszają tolerancję na ból należy np.: lęk, bezsenność, uczucie osamotnienia, stany depresyjne, pogorszenie stanu zdrowia. Czynniki, które poprawiają tolerancję to: odpoczynek, sen, lepszy nastrój, aktywność, obecność osób bliskich, rodziny czy skuteczne leczenie onkologiczne. Światowa Organizacja Zdrowia w 1986 roku wprowadziła schemat leczenia bólów nowotworowych zwany „trójstopniową drabiną analgetyczną”<sup>10</sup>:

**Pierwszy stopień**– nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający

**Drugi stopień** – słaby opioid + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający

**Trzeci stopień** – silny opioid + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający

Niesteroidowe leki przeciwzapalne to: Ketoprofen, Diklofenak, Metamizol, Naproksen. Słabe opioidy - Kodeina, Tramadol, Buprenorfina. Silne opioidy to: Morfina, Fentanyl, Metadon. Leczenie opioidami polega na osiągnięciu odpowiedniej analgezji i jak najmniej objawów ubocznych. Leki te powodują zaparcia, nudności, wymioty niekiedy splątanie, należy zatem wprowadzić profilaktykę zaparcia. Przy bólach neuropatycznych, które są odporne na działanie leków przeciwbólowych, stosuje się inne leki, które nie są lekami przeciwbólowymi, które należy stosować na każdym szczeblu drabiny analgetycznej. Są to:

- Leki przeciwdepresyjne jak Amitriptylina, Doksepina czy Mianseryna.
- Leki przeciwdrgawkowe – Karbamazepina, Fenytoina, Gabapentyna.
- Leki przeciwłękowe – Diazepam, Alprazolam, Tianeptin, Midazolam.
- Kortykosteroidy – Deksametazon, Prednizon,
- Środki znieczulenia miejscowego, które hamują aktywność obwodowych włókien nerwowych i ułatwiają transmisję cholinergiczną w rdzeniu kręgowym – Lidokaina,

---

<sup>10</sup> Por. J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), dzieło cytowane, s. 519

Meksyletyna.

- Leki neuroleptyczne – Haloperidol, Promazyna.
- Leki spazmolityczne – Butylobromek hioscyny, Drotaweryna, Baklofen
- Bisfosfoniny - Klodronat, Pamidronat, Zoledronat <sup>47</sup>

Ból w okresie schyłkowym to nie tylko ból wywołany procesem nowotworowym, powikłaniami leczenia (chemioterapia, radioterapia), ale również ból tzw. wszechogarniający czyli totalny, na który może się składać kilka czynników:

### **Nudności i wymioty**

Innym objawem u chorych na nowotwory są nudności i wymioty. Jest to najczęstszy i najbardziej uciążliwy ze skutków ubocznych leczenia onkologicznego (głównie po radio- i chemioterapii). Występuje u 40-80% chorych. W fazie u schyłku życia choroby objawy te mogą być spowodowane niedrożnością przewodu pokarmowego, zaparciami, uporczywym kaszlem, wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym, hiperkalcemią, oraz lekami np.: morfiną, tramadolem lub niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi. Aby wyeliminować lub zmniejszyć te objawy należy znaleźć ich przyczynę i ją wyeliminować jak np.: kaszel czy zaparcia.

Zespół wyniszczenia nowotworowego (cachexia – anorexia-astenia cancer related syndrom – CACS), nazywany również zespołem kacheksja-anoreksja- astenia, występuje u większości pacjentów w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Zespół wyniszczenia nowotworowego jest to stan metaboliczny charakteryzujący się postępującym spadkiem masy ciała, jadłowstrętem, osłabieniem, zanikiem mięśni. Inne objawy to niedokrwistość i zaburzenia układu odpornościowego. To zespół wynikający z powikłań samej choroby oraz leczenia przeciwnowotworowego. <sup>11</sup>

### **Zaparcia**

To jedno z uciążliwych powikłań. Do przyczyn jego powstawania zalicza się brak aktywności ruchowej, hiperkalcemia, złe odżywianie, odwodnienie, leki głównie opioidy, czasem leki psychotropowe. Zaparcia mogą powodować niedrożność jelit, zaczopowanie kałem, biegunki z tzw. przelaniem, ból czy zatrzymanie moczu. Z zasady stosuje się leki przeczyszczające doustnie lub doodbytniczo. <sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Por. A. Siemasz, Zespół wyniszczenia nowotworowego, w: Opieka Onkologiczna czasopismo dla pielęgniarek onkologicznych, nr (2) 2016, s. 37

<sup>12</sup> Por. A. Burchacka, Opieka paliatywna i terminalna, w: Pielęgniarstwo onkologiczne, podręcznik dla studiów medycznych, A. Koper, Warszawa 2011, s. 408



## **Dolegliwości ze strony jamy ustnej**

Chorzy z chorobą nowotworową często są narażeni na schorzenia jamy ustnej, które w sposób znaczny wpływają na pogorszenie komfortu życia. Osoby z chorobą nowotworową często cierpią z powodu suchości w jamie ustnej, zapalenia, infekcji, bólu, czy zaburzeń smaku.

Suchość w jamie ustnej po radioterapii utrzymywać się może nawet do kilkunastu miesięcy od ostatniego naświetlania. Suchość w jamie ustnej może powodować zmiany w odczuwaniu smaku, trudności w połykaniu, zagęszczenie śliny, problemy z mówieniem, ból w jamie ustnej, pęknięcie ust, uczucie pieczenia, zmiany powierzchni języka. To wszystko przysparza chorym wielu cierpień i w sposób znaczny obniża jakość życia tych pacjentów.

Innym objawem ze strony jamy ustnej są zapalenia i owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej, gardła i przełyku oraz ból, pieczenie, trudności w połykaniu, spowodowane naświetleniami okolic głowy i szyi oraz stosowane leki w chemioterapii. Powstałe uszkodzenia zwiększają ryzyko powstania zakażeń (wirusowych, bakteryjnych czy grzybiczych) oraz owrzodzeń.

### **Duszność**

W stanach terminalnych duszność wysiłkowa występuje u prawie wszystkich chorych. Duszność spoczynkowa dotyczy 70% chorych na nowotwory. Do nowotworów w przebiegu, których pojawia się duszność jest: rak płuca, rak piersi, tchawicy, krtani, gardła, przełyku, grasiczak, międzybłoniak złośliwy opłucnej, ziarnica złośliwa, chłoniak, zarodkowe guzy śródpiersia i inne. Często objaw duszności jest powikłaniem przeprowadzonego leczenia. U kresy życia często pojawia się duszność, która jest spowodowana początkiem umierania, a jej stwierdzenie nie zawsze musi oznaczać podanie tlenu.<sup>13</sup>

### **Odleżyny**

Znaczącym problemem w opiece z chorym w terminalnym okresie choroby są odleżyny. Pojawieniu się odleżyn przysparza choremu wiele cierpień, pogłębia ograniczenia. Długotrwałe leżenie w łóżku sprzyja powstawaniu bolesnych odleżyn. Najczęściej są one umiejscowione w okolicy krzyżowej, na piętach, krętarzach kości udowej, potylicy, guzach kulszowych. Tu niezmiernie ważna jest profilaktyka przeciwoodleżynowa. Stosowanie materacy przeciwoodleżynowych, podpórek, klinów, wałków, należy minimalizować ucisk poprzez częstą zmianę pozycji ciała chorego (u siedzącego co 15-20 minut, u leżących zazwyczaj co 2-3 godzin)

### **Świąd skóry**

### **Owrzodzenia skóry**

Owrzodzenia nowotworowe są to zmiany patologiczne przewlekłe i nieodwracalne, które

---

<sup>13</sup> A. Bruchacka, dzieło cytowane, s. 405

są spowodowane miejscową progresją nowotworu lub powikłaniem po radioterapii, jako guzkowate nacieki o brodawkowatej powierzchni, które ulegają rozpadowi i tworzą drażące rany i przetoki. Do objawów towarzyszących należą: ból, duży wysięk, nieprzyjemny zapach, krwawienie oraz świąd. W opiece nad pacjentem z owrzodzeniami w fazie schyłkowej postępowanie ogranicza się do poprawy komfortu życia, a nie do ich wyleczenia.<sup>14</sup>

### Fazy umierania

Postępująca choroba nowotworowa prowadzi do nieuchronnej śmierci. Śmierć jest częścią ludzkiego życia. Umieranie jest procesem długotrwałym. Słynna tanatolog<sup>64</sup> Elizabeth Kübler-Ross na podstawie swojego doświadczenia w opiece paliatywnej i pracy z umierającymi przedstawiła pięć faz umierania, zachodzące zmiany i procesy psychiczne związane ze śmiercią. Jej zdaniem proces umierania nie odbywa się nagle, ale przebiega w kilku etapach następujących po sobie prawie w każdym przypadku. Jednakże, ta walka nie musi odbywać się w ostatnich dniach czy godzinach życia. Gdy chory umiera na nieuleczalną, przewlekłą chorobę przygotowanie do śmierci może zacząć się na kilka lat przed nią.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2002 r. definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej jest równoznaczna i oznacza *działanie, które ma na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia, poprzez rozpoznanie, ocenę i leczenie bólu oraz innych problemów somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych*<sup>15</sup>. Ponadto oferuję wsparcie i pomoc rodzinom podczas choroby pacjenta, i w okresie żałoby, oferuję pomoc chorym ułatwiając im w miarę możliwości aktywne życie aż do końca.<sup>72</sup> Opieka paliatywna oparta jest na zespołowym podejściu do pacjenta. W skład takiego zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, duchowni, psycholodzy, pracownicy socjalni, rehabilitanci i wolontariusze. Członkowie zespołu mają również wiedzę na temat funkcji innych jego członków, aby w razie potrzeby, w miarę swoich umiejętności, móc się wzajemnie zastępować.<sup>16</sup>

W Polsce opieka paliatywna finansowana jest ze środków publicznych w zakresie stacjonarnym, ambulatoryjnym oraz jako domowa opieka paliatywna.

---

<sup>14</sup> Por. A. Głowacka, M. Sopata, I. Gorzelińska, *Postępowanie z chorym z owrzodzeniami nowotworowym*, w: *Nowiny Lekarskie* 2008, 77, 3, s. 231-233

<sup>15</sup> Za: A. Ciałkowska-Rysz, dzieło cytowane, s. 9

<sup>16</sup> Por. A. Ciałkowska-Rysz, dzieło cytowane, s. 9

## **Jakość życia chorych**

Jakość życia jest pojęciem bardzo złożonym, wieloaspektowym, i zależy od indywidualnych cech każdego człowieka i jego potrzeb, a rozpatruje się je w aspekcie fizycznym, społecznym i duchowym. Na jakość życia wpływa osobowość, charakter człowieka, a także doświadczenia z przeszłości, więzy rodzinne, kultura, religia czy też oczekiwania co do przyszłości.

W ostatnich czasach pojawiło się wiele precyzyjnych i wielowymiarowych narzędzi oceny.

## **Cel pracy**

Głównym celem pracy jest ocena jakości życia członków rodzin, które opiekowały się chorymi w ostatnim stadium choroby nowotworowej. Cel ten uzyskano w oparciu o badania ankietowe przeprowadzone wśród osób, które uczestniczyły w opiece nad umierającym członkiem rodziny. Oceną objęto życie rodzin w trzech aspektach: psychicznym, zdrowotnym i społecznym.

## **Przedmiot badań**

Przedmiotem badań była zmiana jakości życia osób, które opiekowały się w warunkach domowych bliskimi w ostatnim stadium choroby nowotworowej. W pracy posłużono się ankietą<sup>89</sup> jako narzędziem badawczym.

Zadane w ankiecie pytania dotyczyły następujących obszarów:

- przeżycia emocjonalne respondentów w kontekście choroby osoby bliskiej
- zakres i jakość otrzymanego wsparcia instytucjonalnego (hospicjum) i społecznego (rodzina, przyjaciele i znajomi)
- funkcjonowanie opiekunów w różnych aspektach życia codziennego (praca, czas wolny, kontakty rodzinne i towarzyskie, plany życiowe)
- strategie radzenia sobie z wyzwaniami, które niesie za sobą sprawowanie opieki nad terminalnie chorym

## **Wyniki badań własnych**

W badaniu uczestniczyło 61 osób, co stanowi 100% ankietowanych. Narzędziem

badawczym była ankieta, której wyniki zebrano sposobem anonimowy, co przyczyniło się do uzyskania wiarygodnych danych. Wśród ankietowanych najczęstszym skojarzeniem ze słowem „rak” jest „choroba nieuleczalna” (63,9%). Niewiele mniej, bo 59% ankietowanych, wskazało „cierpienie”. Odpowiedzi „strach” i „bezradność” wskazało po równo 42,6% badanych. Dla 41% osób biorących udział w ankiecie „rak” kojarzy się również z bólem. Największą grupę stanowiły osoby, które opiekowały się ojcem lub matką (47,5% osób badanych). 21,4% uczestników opiekowało się mężem lub żoną, a 11,5% zajmowało się ciotką lub wujkiem. Spośród badanych 9,8% stanowiły osoby opiekujące się własnymi dziećmi. Siostrą lub bratem opiekowało się 4,9% ankietowanych i tyle samo uczestniczyło w opiece nad kimś znajomym. Objaw występujący u chorych, który najbardziej negatywnie wpłynął na osoby opiekujące się nimi, to przede wszystkim ból (63,3%), a w następnej kolejności osłabienie i zmęczenie (54,1%). Na trzecim miejscu respondenci podawali objawy ze strony układu pokarmowego takie jak: zaparcia, wymioty, nudności, utrata apetytu (47,5%). Depresja, lęk i gniew chorego miał negatywny wpływ na 36,1% ankietowanych. Tylko 26,2% uczestników twierdziło, że duszność u chorego negatywnie wpłynęła na ich osobę. Najmniej badanych wskazywało na krwawienia czy zaburzenia oddawania moczu (13,1%). Mimo iż większość ankietowanych wskazało, że korzystało w opiece nad chorym z usług hospicjum (55,7%), to jednak znacząca część (44,3%) chorym opiekowała się samodzielnie, nie korzystając z pomocy hospicjum. Wszyscy ankietowani w 100% powiedzieli zgodnie, że otrzymali przede wszystkim pomoc pielęgniarską. Duża grupa ankietowanych otrzymała również pomoc lekarską (74,1%). Hospicjum zapewniło 66,7% osobom wypożyczenie sprzętu do pielęgnacji chorego, a 25,9% uczestników ankiety otrzymało wsparcie edukacyjne. Pomoc hospicjum zaspokoiła potrzeby duchowe tylko u 14,8% respondentów, a z pomocy rehabilitacji skorzystało 7,4% osób. Nikt nie otrzymał od hospicjum pomocy psychologicznej. Aż 70,5% respondentów korzystało w opiece nad chorym członkiem rodziny z pomocy rodziny lub znajomych. Tylko 29,5% uczestników ankiety nie korzystało ani z pomocy rodziny, ani z pomocy znajomych i przyjaciół. Podczas opieki nad chorym umierającym znaczna część respondentów unikała tematu o śmierci (57,4%). W dalszej kolejności (24,6%) unikano tematu samej choroby. 13,1% ankietowanych unikało tematu przyszłości, a 6,5% uczestników nie rozmawiało przy chorym na temat spraw finansowych. Niewielki odsetek 4,9% osób opiekujących się chorym unikało mówienia o życiu. Żaden z ankietowanych nie wskazał spraw rodzinnych jako tematu nieporuszanego przy chorym. U większości osób ankietowanych (86,9%) najczęstszym uczuciem podczas opieki nad umierającym członkiem rodziny były złość, zmęczenie, przygnębienie i smutek. Natomiast lęk i osamotnienie były odczuwane przez 49,2% uczestniczących w ankiecie. Osoby opiekujące się chorym odczuwały również takie uczucia jak spełnienie, radość i satysfakcje

i stanowiły 21,3% respondentów. Najliczniejszą grupą, liczącą 63,9%, była grupa spędzająca czas wolny (od opieki) na spacerze, załatwianiu spraw lub kontakcie z przyjaciółmi. O połowę mniej, bo tylko 36,1%, odpowiedziało że najczęściej wybierali sen, a 13,1% ten czas spędzał w samotności lub czytał. Tylko 4,9% nie rozstawało się z chorym lub rozpaczało. W ankiecie wzięło udział 61 osób, w tym 50 kobiet i 11 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 81,9% i 18,1% wszystkich badanych. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, którzy wzięli udział w ankiecie, najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 46-60 lat (odpowiednio 31,1% i 9,8%). Na drugim miejscu są kobiety w wieku 31-45 lat (26,2%) i mężczyźni w wieku 31-45lat (6,6%). 13,1% ankietowanych kobiet i 1,7% mężczyzn było w wieku powyżej 60r. ż. Najmłodszą grupą były kobiety w przedziale wiekowym 20-30 lat i stanowiły 11,5% badanych. Mężczyzn w tej grupie wiekowej nie odnotowano. Najliczniejszą grupę stanowią osoby z wykształceniem wyższym (59,0%), na drugi miejscu były osoby ze średnim (26,2%), a 13,1% stanowią osoby mające wykształcenie zawodowe. Najmniej liczną grupą są respondenci z wykształceniem podstawowym (1,7%).

### **Dyskusja wyników**

Okres terminalny (schyłkowy) rozpoczyna się w momencie, kiedy odstępuje się od leczenia, którego celem było przedłużanie życia. W tym czasie chory wymaga opieki paliatywnej. Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia zarówno chorego, jak i jego najbliższych.

Moment, w którym lekarz musi powiedzieć pacjentowi i jego rodzinie, że leczenie przyczynowe zostało zakończone, jest trudny zarówno dla niego samego, ponieważ jest związane z ujawnieniem własnej bezradności i niemocy medycyny, jak i dla członków rodziny, którzy otrzymują potwierdzenie swoich najgorszych przypuszczeń dotyczących nieuleczalności choroby nowotworowej. Jak wynika z badania przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy, 37,7% badanych opiekowało się chorym kilka miesięcy, 27,9% kilka tygodni, a do roku – 9,8%. Powyżej roku opiekę nad chorym sprawowała prawie ¼ ankietowanych. Chory i jego rodzina przeżywają w tym okresie wiele trudnych i przykrych chwil. Sama myśl o tym, że osoba bliska wkrótce odejdzie jest dla większości członków rodzin ogromnym cierpieniem, często ukrywanym, co dodatkowo potęguje te uczucie. Zdecydowana większość badanych (73,8%) wie lub wiedziała o nieuleczalności choroby bliskiej im osoby. Tylko 16,4% odpowiedziało, że nie wiedzieli o tym, a jeszcze mniej, bo jedynie 9,8% stwierdziło, że nie ma wiedzy na ten temat. Jak pisze Barbara

Jankowiak<sup>17</sup>, chory ma potrzebę rozmowy o śmierci i umieraniu. Unikanie tego tematu – mimo, iż jest on niezwykle trudny – nie jest korzystne dla chorego. Często powstaje między chorym, a jego opiekunem „bariera szklanej ściany”, czyli niedomówienia wynikające z tego, że umierający nie może swobodnie rozmawiać z bliskimi i podzielić się swoimi myślami. Taki stan rzeczy jest podyktowany najczęściej lękiem osób opiekujących się chorym.<sup>94</sup> Jak piszę w swojej książce Krystyna de Walden-Gałaszko, w sytuacji gdy chory nie wie o swoim stanie, członkowie rodziny najczęściej ukrywają swój smutek, aby nie zdradzić przed nim swoich uczuć, w zamian pokazując tzw. „pogodną twarz”, co jest dla nich niezmiernie trudne. Strach przed śmiercią jest zjawiskiem, który budzi u ludzi lęk i przerażenie. Wiara i uczucia religijne mają ogromny wpływ na przeżywanie leku związanego ze śmiercią. W badaniach 82% osób zadeklarowało się jako osoby wierzące, a tylko 18% jako osoby niewierzące. Ankietowani twierdzą, że wiara ma duży (36,1%) lub bardzo duży (29,5%) wpływ na przeżywanie choroby osoby bliskiej. Jak wykazały moje badania dominującymi uczuciami w chwili otrzymania diagnozy było niedowierzenie (52,4%), lęk (50,8%) i szok (45,9%). Uczucia te zmieniały się wraz z upływem czasu, na co wskazują odpowiedzi ankietowanych na pytanie o dominujące emocje już w trakcie opieki nad chorym, gdzie w pierwszej kolejności wskazywali złość, zmęczenie, przygnębienie i smutek (86,9%), a dopiero na drugim miejscu pojawił się lęk i osamotnienie (49,2%). Trzeba czasu, aby rodzina i sam pacjent oswoili się z sytuacją, zaakceptowali ją i osiągnęli równowagę emocjonalną. Zdarza się, że wielogodzinne czuwanie przy chorym przez wiele dni lub tygodni, doprowadza opiekuna do wyczerpania psychicznego i fizycznego. Do tego dochodzą inne problemy, które są związane z chorobą oraz lęk przed niepewną przyszłością po śmierci osoby bliskiej. To wszystko powoduje, że reakcje osób opiekujących się chorym umierającym stanowią odzwierciedlenie stanów emocjonalnych samych chorych lub są nasilone jeszcze bardziej. W chorobie przewlekłej często opiekunowie reagują złością lub rozdrażnieniem, chociaż na początku choroby byli bardziej zvarci i zmobilizowani. W przebiegu choroby stany mobilizacji i tzw. „dobrej woli” przeplatają się z okresami zmęczenia, przygnębienia, smutku. Długo trwająca choroba, zmęczenie, rozdrażnienie, problemy oraz lęk powodują ogromny stres i silne doznania emocjonalne, które odbijają się na osobach opiekujących się chorym i na nim samym. W tym czasie rodzina potrzebuje pomocy i wsparcia, zarówno zespołu profesjonalnego, jakim jest hospicjum domowe, jak i pozostałych członków rodziny, znajomych oraz przyjaciół. Jak piszę Anna Domalewska o funkcjonowaniu rodziny w kryzysie jakim jest choroba nowotworowa, opiekun potrzebuje pomocy przy zwykłych czynnościach przy chorym, co daje ulgę i pocieszenie. Wsparcie ze strony

---

<sup>17</sup> Por. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panka, Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie: Komunikowanie z pacjentem onkologicznym, Warszawa 2012, s. 242

innych wpływa na odwrócenie uwagi od rzeczywistości, zmniejszenie stresu, a także umożliwia spojrzenie na sytuację z dystansu. Zaspokojenie potrzeb opiekuna jest bardzo ważne dla jego zdrowia psychicznego i zachowania dobrej kondycji osoby je otaczające, a także dostrzegają i cieszą się z małych rzeczy. Miłość i szacunek jest bazą dla wsparcia chorego. W tych rodzinach choroba w pewnych aspektach może mieć korzystny wpływ na członków rodzin. W takich rodzinach wzrasta poczucie odpowiedzialności, cierpliwości i empatii. Rodziny te również łatwiej radzą sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. Natomiast w rodzinach, gdzie więzi są pozorne, choroba powoduje ich znaczne osłabienie, a nawet jej rozpad.<sup>109</sup>

Chory nigdy nie choruje sam, ponieważ choroba dotyka jego najbliższych i zostawia piętno na całym systemie rodzinnym. Jak twierdzi Krystyna de Walden-Gałuszko, piętno to jest tym większe, im poważniejsze, bardziej długotrwałe i nieodwracalne jest schorzenie.<sup>111</sup> Rodzina uznawana jest za podstawowe i najbardziej naturalne źródło oparcia, pomocy dla odchodzącego członka rodziny, pozwala choremu zachować spokój oraz korzyści z pełni wsparcia. Ciągła, długotrwała choroba może znacznie obciążyć system rodziny, dlatego konieczne jest wsparcie z zewnątrz.

### **Wnioski**

1. Każda osoba uczestnicząca w badaniu doświadczyła pogorszenia jakości życia w przynajmniej jednym obszarze życia tj. społecznym, zawodowym lub psychicznym.
2. Ponad połowa osób sprawujących opiekę nad terminalnie chorym musiała dokonać zmian w życiu zawodowym poprzez czasowe wycofanie się z niego lub zmniejszenie wymiaru czasu pracy.
3. Opiekunowie często doświadczali silnych, negatywnych emocji od lęku i szoku, niedowierzania na początku choroby do złości, zmęczenia, przygnębienia i smutku w trakcie opieki, aż do końca.
4. Jak wynika z przeprowadzonych badań, podstawowym wsparciem dla opiekunów jest rodzina, znajomi, przyjaciele, a dopiero na drugim miejscu pomoc instytucjonalna (hospicjum).
5. Jakość życia rodzinnego opiekunów, osób w stanie agonalnym, nie pogorszyła się, nie uległa zmianie, a nawet relacje rodzinne poprawiły się.
6. Rodziny osób opiekujących się terminalnie chorymi czują niedostatek wsparcia psychologicznego i emocjonalnego. W żadnym obszarze pomocy oferowanej przez hospicjum nie wystąpiła tak duża dysproporcja pomiędzy oczekiwaniami opiekunów, a

zakresem oferowanych usług.

### **Bibliografia**

1. M. Jarosz, I. Sajór, Żywnienie chorych z nowotworami, Warszawa 2012, s. 15
2. Por. A. Deptała, Onkologia w praktyce, Warszawa 2006, s. 18
3. Por. T. Mierzwa, Podstawy teoretyczne nowotworów, w: Pielęgniarstwo onkologiczne, Podręcznik dla studiów medycznych, A. Koper (red.), Warszawa 2011, s. 51
4. A. Deptała, dzieło cytowane, s. 19
5. Por. J. Pyszkowska, dzieło cytowane, s. 1
6. Por. [www.neurosciencereview.eu](http://www.neurosciencereview.eu) z dn. 15.09.16 r. M. Hilgier, J. Jarosz, Wytyczne, 2006
7. Por. A. Kotlińska-Lemieszek, Zasady postępowania z chorymi objętymi opieką paliatywną,
8. Por. A. Kotlińska-Lemieszek, Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka, w: Medycyna paliatywna, K. de Walden-Gałuszko, A. Ciałkowska-Rysz (red.), Warszawa 2015, s. 71.
9. Por. J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), dzieło cytowane, s. 519
10. Por. A. Siemasz, Zespół wyniszczenia nowotworowego, w: Opieka Onkologiczna czasopismo dla pielęgniarek onkologicznych, nr (2) 2016, s. 37
11. Por. A. Burchacka, Opieka paliatywna i terminalna, w: Pielęgniarstwo onkologiczne, podręcznik dla studiów medycznych, A. Koper, Warszawa 2011, s. 408
12. A. Bruchacka, dzieło cytowane, s. 405
13. Por. A. Głowacka, M. Sopata, I. Gorzelińska, Postępowanie z chorym z owrzodzeniami nowotworowym, w: Nowiny Lekarskie 2008, 77, 3, s. 231-233
14. Za: A. Ciałkowska-Rysz, dzieło cytowane, s. 9
15. Por. A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panka, Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie: Komunikowanie z pacjentem onkologicznym, Warszawa 2012, s. 242



**Zoia Popilevych<sup>1</sup>, Mirosława Urban<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studentka WSA w Łomży

<sup>2</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

## **CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH WŚRÓD STUDENTÓW KMU UKRAINY I WSA W ŁOMŻY**

### **THE FREQUENCY OF CIRCULATION DISEASES WITHIN KMU UKRAINA AND WSA IN ŁOMŻA STUDENTS**

#### **Streszczenie**

Postęp nauki a także techniki spowodowały rozwój cywilizacyjny. W ślad za nim pojawiły się choroby cywilizacyjne, inaczej zwane także chorobami XXI wieku. Celem pracy jest próba analizy częstotliwości występowania chorób cywilizacyjnych wśród studentów KMU na Ukrainie i WSA w Łomży. W badaniu uczestniczyło 196 respondentów z KMU Ukrainy i z WSA Łomży. Badanej grupie brakuje szczegółowej i dokładnej wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych. Stwierdzono, że 21% badanych studentów mają stopień wiedzy słaby lub/i bardzo słaby. Wiedza studentów na temat nadwagi a szczególnie otyłości i związanych z tym groźnych biologicznych konsekwencji dla ustroju człowieka jest niedostateczna zarówno wśród studentów polskich jak i ukraińskich, podobnie jak działania prewencyjno-profilaktyczne.

**Słowa kluczowe:** choroby cywilizacyjne, alergia, cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadwaga.

## Summary

The aim of the work is to analyze the frequency of occurrence of civilization diseases among KMU student in Ukraine and WSA in Łomża. The research tool used was the original questionnaire of an individual survey of his own study. The survey involved 196 respondents from the Ukrainian UAC and the WSA Łomża. The group under study lacks detailed and accurate knowledge about civilization diseases. It was found that 21% of the surveyed students have poor or very weak knowledge. The knowledge of students about overweight and especially obesity and the dangerous biological consequences for the human system associated with this is insufficient both among Polish and Ukrainian students, as well as preventive and preventive activities.

**Key words:** civilization diseases, allergy, diabetes, gastrin or duodenal ulcer, hypertension, obesity, overweight.

## Wstęp

Życie w mieście, siedzący tryb pracy, brak aktywności fizycznej, szybkie i niezdrowe jedzenie, szybkie tempo życia, zanieczyszczanie środowiska, powietrza, wody oraz hałas powodują że jesteśmy narażeni na choroby cywilizacyjne.

Współczesne choroby o masowym zasięgu, zwane także chorobami cywilizacyjnymi, związane są z czynnikami ryzyka. Wśród, których dużą rolę odgrywają mała aktywność fizyczna, nieprawidłowe i zbyt kaloryczne żywienie, nadmierne obciążenie psychiczno – emocjonalne, nadużywanie alkoholu i innych używek, palenie papierosów. Choroby cywilizacyjne stają się coraz większym problemem ze względu na dużą częstość występowania oraz na aspekty ekonomiczne.

Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym to szeroko zakrojone programy profilaktyczne, których obecnie jest brak. Tworzenie takich programów powinno być zadaniem instytucji, które działają na rzecz ochrony zdrowia. Jednak to nie tylko instytucje powinny zadbać o odpowiednią profilaktykę. Człowiek nie jest bezradny wobec chorób cywilizacyjnych i sam może i powinien zadbać o swój stan zdrowia. Lekarze i służby uświadamiają co jest korzystne dla naszego zdrowia i zapobiegają rozwijaniu się chorób, ale żeby unikać chorób już odpowiada każdy sam.

Każdy człowiek powinien mieć wiedzę dotyczącą zdrowego trybu życia, prawidłowego odżywiania, zdrowego środowiska oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem. Znajomość tych wszystkich kwestii może być skutecznym sposobem zapobiegania powstawaniu chorób

cywilizacyjnych. Profilaktyka w leczeniu chorób cywilizacyjnych ma duże znaczenie. Jednym z elementów systemu zdrowotnego, który może pomóc w profilaktyce chorób cywilizacyjnych jest pielęgniarka. Świadczenie opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę to także propagowanie zdrowego trybu życia. W swojej pracy pielęgniarka winna prowadzić cały czas działalność wychowawczą oraz uświadamiającą.

### **Choroby cywilizacyjne w świetle literatury**

Rozwój cywilizacyjny przyczynił się do polepszenia warunków życia ludzi, przyniósł ogromny postęp w nauce oraz technice, ale jednocześnie stał się przyczyną pojawienia się wielu niespotykanych wcześniej chorób cywilizacyjnych, które dotyczą już nie tylko osoby starsze, ale również dzieci i młodzież.<sup>1</sup>

Zaliczamy do nich: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, udar mózgu, nowotwory, cukrzycę, osteoporozę, POChP (Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc) oraz choroby alergiczne.

Szybki i stały postęp cywilizacyjny zapewnia coraz lepsze warunki bytowania i rozwoju współczesnemu człowiekowi. Składa się na to postęp nauki, techniki, przemysłu, rolnictwa i innych dziedzin twórczości ludzkiej.

W krajach, tzw. rozwiniętych, na skutek niewłaściwych zachowań zdrowotnych, związanych ze stylem życia, najczęstszą przyczyną zgonów i zachorowań są obecnie choroby cywilizacyjne, do których zalicza się choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość, cukrzycę typu II, wypadki i urazy oraz choroby psychiczne.<sup>2</sup>

Czynniki sprzyjające rozwojowi chorób cywilizacyjnych są związane ze stylem życia, który narzucają wysoko rozwinięte społeczeństwa. Są to przede wszystkim: siedzący tryb życia oraz nieprawidłowa dieta (obfitująca w tłuszcze zwierzęce i cukry proste), palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, wysoki poziom stresu. Istotną rolę odgrywa również niestosowanie się pacjentów do zasad profilaktyki: niewykonywanie badań, nieakceptowanie konieczności eliminacji czynników ryzyka, ignorowanie wczesnych objawów chorób. Polskie społeczeństwo jest w dużej mierze narażone na czynniki sprzyjające chorobom cywilizacyjnym.

Zachowania zdrowotne, determinujące styl życia możemy podzielić na bezpośrednie, takie jak niska aktywność fizyczna, palenie papierosów, spożywanie dużych ilości alkoholu, dieta

---

<sup>1</sup> Profilaktyka chorób cywilizacyjnych, red. Sławomir Dariusz Szajda

<sup>2</sup> L. Sękowska, Styl życia a choroby cywilizacyjne, Rzeszów 2004, s.233.

bogata w tłuszcze wysoko przetworzone i cukry oraz na pośrednie – ciągle rosnące napięcie nerwowe i sytuacje stresowe. Do niedawna uważano, że choroby cywilizacyjne dotyczą tylko osób dorosłych i tych w podeszłym wieku. Niestety, coraz częściej rozpoznawane są u dzieci i młodzieży. Szybkie tempo życia prowadzi do sytuacji, w których brakuje czasu na działania profilaktyczne, w tym na zmianę nawyków żywieniowych i regularne badania.

Należą do nich: niedobór masy ciała po urodzeniu, podwyższone stężenie cholesterolu, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu, skażona woda, złe warunki sanitarne, niedobór żelaza, ekspozycja na działanie dymów powstałych podczas spalania niekonwencjonalnych paliw i otyłość. U dzieci i osób młodych 3 spośród wymienionych (niska masa ciała przy urodzeniu, otyłość i palenie tytoniu) są ściśle związane z pozycją socjoekonomiczną.<sup>3</sup>

Swoim zasięgiem choroby alergiczne obejmują zarówno kraje rozwinięte, jak i rozwijające się, osoby we wszystkich przedziałach wiekowych niezależnie od płci.<sup>4</sup>

Choroby alergiczne są najczęstszymi chorobami przewlekłymi wieku rozwojowego. Najwięcej i najczęściej mówi się o astmie, ale nie można zapominać o atopowym zapaleniu skóry i alergicznym zapaleniu błony śluzowej nosa. W ostatnich latach wzrost częstości występowania chorób alergicznych takich jak astma, atopowe zapalenie skóry czy alergiczne zapalenie błony śluzowej nosa jest szczególnie wyraźny w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej.<sup>5</sup>

Astma oskrzelowa należy do najczęstszych chorób o charakterze przewlekłym na świecie. Problemy alergiczne dotyczą przede wszystkim dzieci i młodzieży, ponieważ narastanie epidemii, uczuleń i astmy występuje w pierwszych latach życia człowieka i utrzymuje się przez wiele lat często do końca jego życia..

Chorobami alergicznymi są: astma, alergiczny nieżyt nosa, anafilaksja, alergia na leki, pokarmy i owady, wyprysk oraz pokrzywka i obrzęk naczynioruchowy. Na ich przebieg ma wpływ szereg czynników, z których najważniejsze to: palenie tytoniu zanieczyszczenie środowiska czy nadużywanie alkoholu.

Alergie stanowią poważny problem zdrowotny, społeczny i finansowy.

Zasadnicze znaczenie w profilaktyce schorzeń alergicznych i ich następstw ma okres wczesnego dzieciństwa. Edukacja oraz zmiana nawyków, a właściwie zmiana stylu życia to szansa na zmniejszenie narażenia na czynniki ryzyka, następstwem czego może być zwiększona szansa na osiągnięcie zdrowego społeczeństwa. Ostatecznym celem jest wydłużenie życia i perspektywy na pełnię korzystania z niego w stanie dobrego zdrowia, również w wieku podeszłym. Dane

---

<sup>3</sup> A. Skoczyńska, Patogeneza miażdżycy, w: Miażdżycy u dzieci i młodzieży, red. M. Urban, Wrocław 2007, s. 22.

<sup>4</sup> Profilaktyka chorób cywilizacyjnych, pod red. S. D. Shajda, Łomża 2015.

<sup>5</sup> K. Pisiewicz, Epidemiologia chorób alergicznych u dzieci w Polsce, Lublin 2006, S.2.

pochodzące z badań naukowych wskazują, iż zdrowe dzieciństwo zwiększa szansę na zdrową starość.<sup>6</sup>

Nadciśnienie tętnicze to choroba układu krążenia polegająca na stałym podwyższeniu ciśnienia tętniczego krwi, powyżej wartości 140/90 mmHg. Stanowi istotny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz przewlekłej choroby nerek. W przypadku nadciśnienia tętniczego pierwotnego pełne wyleczenie nie jest możliwe – trwa ono przez całe życie, jest to więc choroba przewlekła, wymagająca stałego leczenia. Z kolei w przypadku nadciśnienia wtórnego - usunięcie choroby wywołującej nadciśnienie, może spowodować pełne wyleczenie. Duży wpływ na to, czy wystąpi nadciśnienie tętnicze, ma siedzący tryb życia, otyłość, a także palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, częste sytuacje stresowe oraz predyspozycja wrodzona, gdy nadciśnienie tętnicze występuje u członków rodziny (rodzice, rodzeństwo). Im szybciej zostanie rozpoznane i odpowiednio leczone, tym ryzyko powikłań jest mniejsze. W przeciwnym razie, w najgorszym przypadku, może doprowadzić do groźnych powikłań, jak udar mózgu i zawał mięśnia sercowego. W sytuacji stosowania się do zaleceń, zarówno w zakresie działań niefarmakologicznych (modyfikacja stylu życia), jak i farmakologicznych (leki hipotensyjne), nadciśnienie tętnicze pozwala jednak zachować pełną sprawność nawet przez wiele lat.<sup>7</sup>

Według raportu NATPOL III PLUS nadciśnienie tętnicze (NT) występuje u 29% Polaków, ciśnienie wysokie prawidłowe u 30%, prawidłowe u 21%, a optymalne tylko u 20%. Problem niewykrytego nadciśnienia tętniczego dotyczy 33% populacji.<sup>8</sup>

Prawdopodobieństwo wystąpienia nadciśnienia tętniczego zwiększa się wraz z wiekiem. Podczas gdy w grupie wiekowej 40–59 lat choruje 34% osób, po przekroczeniu 60 roku życia dotyka ono już 58% ludzi.<sup>9</sup>

Nadciśnienie tętnicze jest jednym z ważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej cywilizacji. Szacuje się, że z jego powodu umiera corocznie na świecie około 3 mln osób, co stanowi 6% wszystkich zgonów. W Polsce należy ono do najistotniejszych problemów zdrowotno - społecznych a wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w populacji osób dorosłych poniżej 65 roku życia dotyczy około 50% mężczyzn i 40% kobiet, u około połowy osób pozostaje nierozpoznane, a tylko co 3-4 osoba jest leczona skutecznie.<sup>10</sup>

Przestrzeganie zasad prawidłowego odżywiania warunkuje właściwy rozwój i funkcjonowanie organizmu człowieka. Sposób żywienia wpływa na stan zdrowia przez całe życie,

---

<sup>6</sup> B. Samoliński, Konferencja ekspercka Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej. „Alergia” 2011, nr 3, s. 6-8.

<sup>7</sup> Profilaktyka chorób cywilizacyjnych, red. Sławomir Dariusz Shajda

<sup>8</sup> Kardiologia w praktyce – wybrane zagadnienia. Tom II, pod red. M. Dłużniewskiego, Lublin 2007, s. 235.

<sup>9</sup> M. Banach, A. Goch, Co lekarz powinien wiedzieć o postępowaniu w nadciśnieniu tętniczym? „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 10, s. 20–28.

<sup>10</sup> Tamże, s. 88

jednak największe znaczenie ma w dzieciństwie i młodości, kiedy organizm podlega wielu przemianom związanym ze wzrostem i dojrzewaniem.<sup>11</sup>

W Polsce na choroby układu krążenia umiera prawie dwa razy więcej osób niż w pozostałych krajach Unii Europejskiej. Co roku na zawał serca zapada ponad 100 tysięcy osób. Nadciśnienie tętnicze stało się najczęstszą chorobą dorosłej populacji – cierpi na nie 30% dorosłych Polaków. Najnowsze badania naukowe wskazują natomiast, że ponad 50% zgonów z powodu chorób układu krążenia można by uniknąć poprzez stosowanie działań profilaktycznych obejmujących:

- Regularne pomiary ciśnienia krwi (co najmniej raz w roku, bez względu na wiek).
- Regularne badania stężenia cholesterolu we krwi (mężczyźni powyżej 35 roku życia, kobiety powyżej 45 roku życia).
- Stosowanie odpowiedniej diety – przeciwdziałającej otyłości.
- Zwiększenie aktywności fizycznej – sport poprawia wydajność organizmu.
- Zaprzestanie palenia papierosów – palenie to jeden z głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia.
- Ograniczenie picia alkoholu oraz spożycia soli, prowadzące m.in. do podniesienia ciśnienia tętniczego krwi.
- Unikanie stresu – długotrwały stres osłabia układ odpornościowy, przyspiesza rozwój choroby niedokrwiennej serca.<sup>12</sup>

## **Cukrzyca**

Częstość występowania cukrzycy na świecie dynamicznie wzrasta. W Polsce częstość występowania cukrzycy w populacji ogólnej osób dorosłych szacuje się na 7% u mężczyzn i 6% u kobiet. W Polsce nie ma wiarygodnych danych epidemiologicznych dotyczących występowania cukrzycy nieznanej oraz występowania cukrzycy w starszych grupach wiekowych.<sup>13</sup>

Obecne obserwacje dzieci i młodzieży wykazują szybkie tempo wzrostu wskaźnika zapadalności na cukrzycę typu I zarówno w Polsce, jak i w innych populacjach dziecięcych europejskich (zwłaszcza rasy kaukaskiej), a także w Ameryce Północnej, Australii, Ameryce Południowej i Azji.

---

<sup>11</sup> H. Kunachowicz, E. Misztal-Czarnowska, H. Turlejska, *Zasady żywienia człowieka*, Warszawa 2007, s. 97- 103.

<sup>12</sup> Profilaktyka chorób cywilizacyjnych, <http://polki.pl/zdrowie/choroby.profilaktyka-chorob-cywilizacyjnych,10057257,artykul.html>, dostęp: 20.10.2017.

<sup>13</sup> M. Walicka, M. Chlebus, M. Brzozowska et al. Prevalence of diabetes in Poland in the years 2010–2014. *Clin Diabet* 2015, nr 4, 6, s. 232–237.

Wzrost zachorowalności na cukrzycę typu 1 oraz typu 2 u dzieci i młodzieży wiąże się ze wzrostem groźnych powikłań miażdżycowych już u młodych dorosłych, zwłaszcza u tych, którzy zachowani na cukrzycę typu 1 w okresie dziecięcym. Pacjenci mają szczególnie wysoki wskaźnik śmiertelności w porównaniu z populacją ogólną.<sup>14</sup>

### **Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy**

Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy, potocznie określana jako wrzody żołądka i/lub dwunastnicy to cykliczne pojawianie się trawiennych wrzodów żołądka lub dwunastnicy. Najczęściej wrzody trawienne powstają w opuszcze dwunastnicy i żołądka, rzadziej w dolnej części przelyku i pętli dwunastnicy.

Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy są wynikiem zaburzeń równowagi pomiędzy czynnikami drażniącymi (kwas solny, pepsyna) i ochronnymi (prawidłowo ukrwiona pokryta śluzem błona śluzowa).

Najczęstszą przyczyną wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy jest zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*, która dzięki swoim szczególnym właściwościom jest w stanie przetrwać w kwaśnych warunkach światła żołądka. *Helicobacter pylori* odpowiada za 75-90% wrzodów dwunastnicy i około 70% wrzodów żołądka.<sup>15</sup>

Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy są najczęstszymi chorobami przewodu pokarmowego. Występuje u około 5-10% całej dorosłej populacji. Mężczyźni chorują ponad dwukrotnie częściej niż kobiety (dotyczy to tylko wrzodu dwunastnicy). U osób chorych na wrzód żołądka nie ma zróżnicowania w stosunku do płci. Ponad 60% wrzodów zlokalizowanych jest w dwunastnicy.

Otyłość bez wątplenia stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) od wielu lat przestrzegają przed epidemią otyłości, która zagraża nie tylko zdrowiu, lecz także jakości życia setek milionów mieszkańców naszego globu. Otyłość stanowi wszakże nie tylko przedmiot badań naukowych; jest również jednym z najbardziej bulwersujących tematów, interesującym bardzo szeroki krąg odbiorców.<sup>16</sup>

Stale wzrastająca liczba ludzi otyłych oraz koszty związane z leczeniem otyłości i jej następstw zmuszają do poszukiwania efektywnych rozwiązań w zakresie zapobiegania i leczenia

---

<sup>14</sup> M. Urban, B. Głowińska-Olszewska, dz. cyt., s. 76.

<sup>15</sup> A. Mokrowiecka, Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy, <http://gastrologia.mp.pl/choroby/zoladek/63409/wrzody-zoladka-i-wrzody-dwunastnicy>, dostęp 05.04.2018.

<sup>16</sup> W. Drygas, Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne, „Medycyna Metaboliczna” 2003, nr 2, s. 47.

tej choroby.<sup>17</sup>

Otyłość to choroba cywilizacyjna. Obecnie cierpi na nią 20% ludzi, a chorych wciąż przybywa. Warto pamiętać, że choroba ta niesie ze sobą duże ryzyko powstania dodatkowych niebezpiecznych schorzeń.

Nadwaga i otyłość stanowią ogromny problem epidemiologiczny na całym świecie. Problem ten dotyczy głównie ludności dorosłej, jednak niepokój budzą również nadwaga i otyłość pojawiające się u dzieci i młodzieży. Według szacunków WHO niemal miliard osób dorosłych ma nadmierną masę ciała, z czego co najmniej u 300 mln występuje otyłość kliniczna. Z tego powodu otyłość uznaje się za epidemię XXI wieku.<sup>18</sup>

Otyłość powoduje również wiele chorób. Aż 80 % mających problem z nadwagą dotyka cukrzyca typu II. Układ sercowo-naczyniowy także jest narażony na przykre dolegliwości. Szczególnie osoby po 50 roku życia dotykają problemy z nadciśnieniem tętniczym. Otyłość może powodować także astmę, a szczególnie zły wpływ nadwaga ma na problemy z kręgosłupem oraz zwyrodnienia kości i stawów.<sup>19</sup>

W Polsce nadwaga i otyłość stanowią ogromny problem. Zgodnie z najnowszymi badaniami NATPOL III szacuje się, iż nawet 53 % dorosłych Polaków ma otyłość lub nadwagę, a w populacji w wieku przekraczającym 45 lat nadwagę stwierdzono u 77 %.<sup>20</sup>

## **Cel badań**

Głównym celem badań jest: próba analizy częstości występowania chorób cywilizacyjnych wśród studentów KMU na Ukrainie i WSA w Łomży.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz indywidualnej ankiety własnego opracowania, zawierający 24 pytania. Ankieta była anonimowa. W skład wchodziły pytania półotwarte z możliwością wielokrotnego wyboru.

Zmienne wzięte pod uwagę podczas analizy materiału badawczego to: wiek, płeć, waga, wzrost.

---

<sup>17</sup> T. Kociniak i inni., Otyłość epidemia XXI wieku?, „Gastroenterologia Polska” 2005, nr 2, s. 149.

<sup>18</sup> M. Jarosz, E. Rychlik, Otyłość epidemią XXI wieku, w: Otyłość. Zapobieganie i leczenie, pod red. M. Jarosz, L. Kłosiewicz-Latoszek, Warszawa 2006, s. 16.

<sup>19</sup> A. Benhauer, Otyłość – choroba cywilizacyjna, Warszawa 2017, s. 75.

<sup>20</sup> L. Kłosiewicz-Latoszek, Otyłość — problem społeczny i leczniczy, „Żywność Człowieka i Metabolizm” 2004, nr 3, s. 281-282.



## Wyniki i omówienie badania ankietowego

W badaniu uczestniczyło 196 respondentów: 99 studentów Kremenetowskiego Medycznego Koledżu na Ukrainie i 97 - Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży. Grupa badawcza była w wieku od 17 do 23 roku życia, 155 kobiet i 41 mężczyzn. Badania przeprowadzono w okresie od 20 stycznia do 15 marca 2018 roku.

W celu uzyskania informacji, jakim poziomem wiedzy dysponuje badana grupa na temat chorób cywilizacyjnych, ankietowanym zadano szereg pytań. Do chorób cywilizacyjnych 99% respondentów z Kremenetskiego Medycznego koledżu Ukrainy zaliczyło choroby układu krążenia, 82% otyłość i nadwagę, 65% alergię, 52% cukrzycę, 37% wrzodów żołądka lub dwunastnicy.

57% studentów z WSA Łomży zaliczają do chorób cywilizacyjnych depresję, 47% otyłość i nadwagę, 43% uzależnienia 39% alergię. Mała grupa (18%) napisała że choroby układu krążenia są zaliczane do cywilizacyjnych i tylko 5% odpowiedziało wrzody żołądka lub dwunastnicy.

Na pytanie: Jak określa Pan/Pani stopień swojej wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych? Większa część osób deklaruje dobry i przeciętny poziom wiedzy na dany temat. Natomiast 24% badanych studentów z WSA Łomży wypowiedziało się, że ich stopień wiedzy słaby, bardzo słaby. Uzyskane odpowiedzi na pierwsze pytanie wskazują, że ilość osób z niedostatecznym poziomem wiedzy jeszcze większa.

Spośród badanych grup cukrzyca wystąpiła tylko u 1 (z Łomży). W polskiej grupie u 8% ankietowanych stwierdzono podwyższony poziom glukozy we krwi (stan przedcukrzycowy). 22% respondentów z Ukrainy miało podwyższony poziom glukozy we krwi. Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy wystąpiła u 8% ukraińskich studentów, w dwóch z nich były powikłania, natomiast wśród polskiej grupy nikt nie chorował. Wynik ten podkreśla znaczenie żywienia młodzieży i dożywiania, korzystania z ciepłych posiłków podczas, niekiedy wielogodzinnego, pobytu studentów w szkole. Nadciśnienie tętnicze występowało w 8% badanych medycznego koledżu na Ukrainie i 6% studentów WSA. Objawy otyłości lub nadwagi stwierdzono w 21% respondentów z Polski i 9% z Ukrainy. W dzieciństwie 19 studentów biorących udział w badaniu i 18 osób w okresie pokwitania miało nadwagę.

Czynnikiem uczulającym, czyli alergenem, może być każda substancja, z którą organizm ma kontakt, czyli substancje chemiczne, wdychane, połykane czy wstrzykiwane. Około 36% pytanych, u których występowała alergja, odpowiedziało, że czynnikiem, który powoduje reakcję alergiczną w organizmie jest pokarm (białko krowiego mleka, białko jajek, truskawki, pomidory, orzechy, czekolada, owoce cytrusowe). 17% studentów napisało - pyłki roślin i taka sama ilość ma uczulenie na kurz. W 9% osób objawiają się alergje na leki, w 7% - na chemię gospodarczą.

Sierść zwierząt wywołuje reakcje w 6% ankietowanych z alergią. Czynnikiem uczulającym w 6% zdarzeń występują kosmetyki. Alergia na ukąszenia owadów pojawiała się u 3% chorych.

Wiadomo, że dbałość o właściwe, zdrowe odżywianie jest ważna dla wzmocnienia oraz utrzymania dobrego stanu zdrowia. 34% studentów z WSA biorących udział w badaniach dbają o zdrową dietę i tylko 12% osób ukraińskiej grupy, z których 58% jedzą łatwo dostępne lecz niekoniecznie zdrowe posiłki. Ponad 29% wypowiedzi nie zwracają uwagi na to co spożywają.

Oznaczanie wskaźnika BMI ma znaczenie w ocenie zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi. Przeprowadzone do tej pory liczne badania udowadniają, że istnieje duże powiązanie pomiędzy wysoką ilością tkanki tłuszczowej, a występowaniem wymienionych wyżej chorób. Indeks masy ciała 16 - 17 (wychudzenie) u 2% osób polskiej i ukraińskiej grup. W medycznym koledżu 12,9% studentów posiada niedowagę, w WSA tylko 2%. BMI prawidłowej wartości posiada 75% ankietowanych z Ukrainy i 72% z Polski. Na nadwagę cierpi 19,4% polskich respondentów i tylko 7,9% drugiej grupy. Z 21 studentów z Łomży, które mają BMI od 25 do 35 tylko 9 stwierdziło, że posiadają objawy nadwagi. Czyli reszta nie wie, że może u nich wystąpić ryzyko pojawienia się groźnych chorób, związanych z otyłością i powinni zmienić swój styl życia.

## Dyskusja

Do chorób cywilizacyjnych 99% respondentów z Kremenetskiego Medycznego Koledżu Ukrainy zaliczyło choroby układu krążenia, 82% otyłość i nadwagę, 65% alergię, 52% cukrzycę, 37% wrzody żołądka lub dwunastnicy. Jak wykazały badania epidemiologiczne, występowanie i umieralność z powodu chorób układu krążenia ma związek z występowaniem czynników ryzyka miażdżycy. Wśród nich najważniejszą grupę stanowią czynniki klasyczne, takie jak zaburzenia gospodarki lipidowej, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, otyłość, wiek, płeć, mała aktywność fizyczna i czynniki psychospołeczne. Te elementy to także czynniki wywołujące choroby cywilizacyjne. Jednak badania pokazały, że jedynie 18 % tak uważa, 47% studentów z WSA Łomży zaliczają do chorób cywilizacyjnych otyłość i nadwagę, 43% uzależnienia 39% alergię i tylko 5% odpowiedziało wrzody żołądka lub dwunastnicy.

Według badań wiedza studentów na temat chorób cywilizacyjnych jest mała, albo nawet bardzo mała czy to u studentów z Ukrainy czy z Polski. Wiedza społeczeństwa na temat chorób cywilizacyjnych, metod diagnostycznych, sposobów zapobiegania i leczenia wymaga ciągłego poszerzania. Niezbędna jest modyfikacja stylu życia i postępowanie w organizacji zdrowia publicznego, aby zatrważające statystyki wysokiej nadumieralności spowodowane tymi chorobami zaczęły

spadać.

U około 36% pytanych, u których występowała alergia, odpowiedziało, że czynnikiem, który powoduje reakcję alergiczną w organizmie jest pokarm (białko krowiego mleka, białko jajek, truskawki, pomidory, orzechy, czekolada, owoce cytrusowe). Alergie pokarmowe to coraz powszechniejszy problem zdrowotny w społeczeństwach krajów wysokorozwiniętych. Za zwiększenie częstotliwości występowania chorób alergicznych odpowiedzialne są przede wszystkim zmieniające się warunki środowiskowe i styl życia. Do czynników ryzyka zachorowania na choroby alergiczne należą czynniki osobnicze i środowiskowe. 17% studentów napisało - pyłki roślin i taka sama ilość ma uczulenie na kurz. W 9% osób objawiają się alergie na leki, w 7% - na chemię gospodarczą. Sierść zwierząt wywołuje reakcje w 6% ankietowanych z alergią. Czynnikiem uczulającym w 6% zdarzeń występują kosmetyki. Alergia na ukąszenia owadów pojawiała się u 3% chorych. Ze względu na fakt, że wśród respondentów stwierdzono znaczny odsetek alergików, a w szczególności cierpiących z powodu alergii pokarmowych niezbędne jest prowadzenie skutecznej edukacji na temat właściwego odżywiania, ze szczególnym uwzględnieniem produktów dozwolonych bądź zakazanych w diecie alergika.

Ł. Krzych i wsp. uważają, że nadciśnienie tętnicze jest bardzo ważnym problemem w epidemiologii chorób układu krążenia, może bowiem prowadzić do wzrostu ryzyka chorób sercowo-naczyniowych również w młodym wieku. Szacuje się, że częstość nadciśnienia wśród osób dorosłych w Polsce wynosi około 30%, nie odzwierciedla to jednak skali problemu wśród młodych osób dorosłych, w wieku 18–25 lat. Dostępne dane sugerują, że częstość nadciśnienia tętniczego w grupie osób młodych w Europie waha się od 2 do 16,7%<sup>21</sup> Nadciśnienie tętnicze występowało w 8% badanych medycznego Koledżu na Ukrainie i 6% studentów WSA. Na pytanie jakie ciśnienia krwi jest zwykle? 12% wszystkich badanych podało wartości ciśnienia wysokiego (ponad 129/84 mm Hg). Takie wyniki ankietowanych świadczą o ryzyku występowania nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze objawiało się w 48% członków rodziny z Ukrainy, natomiast w rodzinach ankietowanych z Łomży w 30% osób. Według J. Arkowskiego i wsp. w badaniach populacji polskiej nadciśnienie, które zaliczane jest do chorób cywilizacyjnych, stwierdza się u 29% dorosłych i aż 67% u chorych z chorobą wieńcową.<sup>22</sup>

Świadomie kształtuje swój sposób żywienia, zwracając uwagę na kaloryczność w spożywanych produktach 20% ankietowanych z Łomży i tylko 2% osób z Ukrainy. Natomiast trochę mniej jak połowa wszystkich respondentów rzadko się tym przejmują. 47% jednej i 35 % drugiej grupy nigdy nie brało pod uwagę tabeli kaloryczności.

---

<sup>21</sup> Ł. Krzych, M. Kowalska, J. E. Zejda, Czynniki ryzyka i częstość nadciśnienia tętniczego u młodych osób dorosłych, „Nadciśnienie Tętnicze” 2006, nr 10 (2), s. 136-141.

<sup>22</sup> J. Arkowski, Nadciśnienie tętnicze, tom 10, „Via Medica”, 2006, s. 215-216.

Spośród badanych grup cukrzyca wystąpiła tylko u 1 (z Łomży). W polskiej grupie u 8% ankietowanych stwierdzono podwyższony poziom glukozy we krwi (stan przedcukrzycowy). 22% respondentów z Ukrainy miało podwyższony poziom glukozy we krwi. Cukrzyca w rodzinach studentów z Łomży występowała w 29%, w Ukraińców - 22%. Jak wynika z badania studenci jeszcze nie chorują na cukrzycę, jednak jak podaje WHO do roku 2025 liczba chorych wzrośnie do około 300 milionów, a według IDF – nawet do 438,4 milionów w 2030. Tylko w samej Europie w 2010 roku liczba osób z cukrzycą osiągnie 55,2 mln, a w 2030 nawet 66,2 mln, co stanowi 20% wzrost zachorowań. Większej dynamiki zmian oczekuje się w krajach rozwijających się, gdzie przewidywany wzrost rozpowszechnienia cukrzycy typu 2 może osiągnąć nawet 170% w tym czasie.

### **Wnioski**

Przeprowadzone badania pozwoliły na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Badanej grupie brakuje szczegółowej i dokładnej wiedzy na temat chorób cywilizacyjnych.
2. U studentów z Ukrainy choroby alergiczne występowały u 52% ankietowanych, natomiast w polskiej grupie u 32%.
3. Spośród badanych grup cukrzyca wystąpiła tylko u 1 osoby z Łomży. W polskiej grupie u 8% i w ukraińskiej u 22% ankietowanych stwierdzono podwyższony poziom glukozy we krwi (stan przedcukrzycowy). Cukrzyca w rodzinach studentów z Łomży występowała w 29%, w Ukraińców - 22%.
4. Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy wystąpiła u 8% ukraińskich studentów, w dwóch z nich były powikłania, natomiast wśród polskiej grupy nikt nie chorował. Chorobę wrzodową stwierdzono u 17% członków rodziny Ukraińców i tylko u 5% z polskiej grupy.
5. Nadciśnienie tętnicze występowało w 8% badanych medycznego koledżu na Ukrainie i 6% studentów WSA.
6. Objawy otyłości lub nadwagi stwierdzono w 21% respondentów z Polski i 9% z Ukrainy.
7. Nadwagę stwierdzono u 19% respondentów z Polski, natomiast tylko u 7,9% respondentów z Ukrainy. Reasumując powyższe dane należy stwierdzić, iż wiedza na temat nadwagi a szczególnie otyłości i związane z tym groźne biologiczne konsekwencje dla ustroju człowieka jest niedostateczna zarówno pośród studentów polskich jak i ukraińskich, podobnie jak działania prewencyjno-profilaktyczne.

## Bibliografia

1. Drygas A., Otyłość. Uwarunkowania środowiskowe i socjomedyczne, „Medycyna Metaboliczna” 2003, nr 2, s. 47- 51.
2. Jarosz M., Kłosewicz- Latoszek L., Otyłość. Zapobieganie i leczenie, Warszawa 2006.
3. Jarosz M., Rychlik E., Otyłość epidemią XXI wieku, w: Otyłość. Zapobieganie, leczenie, pod red. M. Jarosz, L. Kłosewicz- Latoszek, Warszawa 2006.
4. Liebhard J., Małolepszy J., Wojtyniak B i inni, Prevalence and risk Factors for asthma in Poland: results from PMSEAD Study, „Investing Allergol Clinic Immunology” 2007, nr 17, s. 367- 374,
5. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych, pod red. S. D. Szajda, Łomża 2015.
6. Samolińska B., Konferencja ekspercka Prezydencji Polski w Radzie Unii Europejskiej, „Alergia” 2011, nr 3, s. 5- 9.
7. Sękowska L., Styl życia a choroby cywilizacyjne, Rzeszów 2004.
8. Wybrane aspekty chorób cywilizacyjnych, pod red. M. Makary- Studzińskiej, Lublin 2016.
9. Zagrożenia cywilizacyjne/, pod red. M. Michalewicz, Kraków 1999.
10. Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi: pedagogiczne konteksty badawcze, pod red. J. Bulskiej, Kraków 2008.
11. Zahorska- Markiewicz B., Zaburzenia przemiany materii, w: Patofizjologia kliniczna dla studentów medycyny, pod red. B. Zahorskiej- Markiewicz, E. Małeckiej- Tandery, Warszawa 2015.
12. Żebrowski M., Choroby cywilizacyjne w Polsce oraz ich prewencja, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Warszawie 2004, nr 2, s. 129- 148.

## Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA

1. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu, zwane dalej Zeszytami, są periodykiem naukowym wydawanym w nieregularnym cyklu wydawniczym.
2. Treść każdego Zeszytu odpowiada zakresowi tematycznemu jednego z odpowiednich wydziałów w Wyższej Szkole Agrobiznesu t. Wydziałowi Rolniczo-Ekonomicznemu, Wydziałowi Technicznemu, bądź Wydziałowi Medycznemu.
3. Redakcja Zeszytów mieści się w sekretariacie Wydawnictwa Wyższej Szkoły Agrobiznesu. Pracą redakcji kieruje redaktora naczelny.
4. W celu zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania właściwego cyklu wydawniczego redakcja współpracuje z krajowymi i zagranicznymi jednostkami naukowymi, stowarzyszeniami oraz innymi instytucjami.
5. Do oceny przyjmowane są dotychczas niepublikowane oryginalne prace redakcyjne, monograficzne, pogładowe, historyczne, teksty źródłowe, sprawozdania z posiedzeń naukowych, oceny książek, komunikaty naukowe, wspomnienia oraz wiadomości jubileuszowe. Opracowania przyjmowane są przez redakcję do końca czerwca każdego roku. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych materiałów.
6. Do publikacji należy dołączyć oświadczenie o oryginalności pracy oraz o tym, że nie została zgłoszona do innej redakcji (wzór oświadczenia jest możliwy do pobrania na stronie internetowej WSA – załącznik nr 1 do Regulaminu). Oświadczenie powinno zawierać adres pierwszego autora pracy, numer telefonu oraz e-mail. W oświadczeniu powinna być zawarta zgoda (podpis) wszystkich współautorów pracy.
7. Prace są publikowane w języku polskim lub angielskim z uwzględnieniem opinii redaktora językowego.
8. W oświadczeniu dołączonym do tekstu należy opisać wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy oraz podać źródło finansowania publikacji „*Ghostwriting*” oraz „*guest authorship*” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane i dokumentowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
9. Przekazane do redakcji opracowania są wstępnie oceniane i kwalifikowane do druku przez Naukową Radę Redakcyjną, zwaną dalej Radą. Skład Rady określany jest przez Senat WSA.
10. Publikacje wstępnie zakwalifikowane przez Radę są oceniane przez recenzentów, zgodnie z procedurą recenzowania opublikowaną na stronie internetowej WSA w zakładce Zeszyty naukowe WSA. Łącznie z opinią recenzent wypełnia deklarację konfliktu interesów, stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu. Redakcja powiadamia Autorów o wyniku oceny, zastrzegając sobie prawo do zachowania poufności recenzji.
11. Za proces wydawniczy Zeszytów jest odpowiedzialny sekretarz naukowy redakcji, który zatwierdza układ treści Zeszytów, określa wymagania wydawnicze dla publikowanych materiałów, współpracuje z recenzentami, przedstawia do zatwierdzenia całość materiałów przed drukiem Naukowej Radzie Redakcyjnej, współpracuje z Radą i innymi instytucjami w zakresie niezbędnym do zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania cyklu wydawniczego.
12. Redakcja zastrzega sobie możliwość odmowy przyjęcia artykułu bez podania przyczyn.
13. Nadesłane materiały, niespełniające wymagań wydawniczych określonych przez redakcję, są zwracane Autorowi/Autorom.

14. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu nie wypłaca wynagrodzenia za nadesłane publikacje zakwalifikowane do druku wZeszytach.
15. Wersją pierwotną (referencyjną) czasopisma jest wydanie papierowe. „Zeszyty Naukowe WSA" są dostępne także na stronie internetowej Wyższej Szkoły Agrobiznesu – [www.wsa.edu.pl](http://www.wsa.edu.pl), w zakładceWydawnictwa.

## Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA

1. Artykuły powinny być przygotowane w formie wydruku komputerowego oraz w wersji elektronicznej, w języku polskim lub angielskim. W celu usprawnienia procesu wydawniczego prosimy o rygorystyczne przestrzeganie poniższych zasad:

- przesłany artykuł powinien być opatrzony dokładną afiliacją Autora/Autorów,
- objętość artykułu nie może przekraczać 15 stron formatu A4,
- imię i nazwisko Autora/ów – czcionka 12 pkt,
- nazwa instytucji/jednostki naukowej – czcionka 12 pkt,
- tytuł artykułu w języku polskim i angielskim – czcionka 14 pkt (bold); podtytuły – czcionka 12 pkt (bold),
- do publikacji należy dołączyć słowa kluczowe (3–5) oraz streszczenie nieprzekraczające 15 wierszy napisane w językach polskim i angielskim – czcionka 11 pkt,
- tekst zasadniczy referatu pisany czcionką Times New Roman CE – 12 pkt,
- odstęp między wierszami – 1,5,
- jeżeli referat zawiera tabele (najlepiej wykonane w edytorze Word albo Excel) lub rysunki (preferowany format CorelDraw, Excel, Word), należy dołączyć pliki źródłowe,
- tabele i rysunki powinny być zaopatrzone w kolejne numery, tytuły i źródło,
- przy pisaniu wzorów należy korzystać wyłącznie z edytora równań dla MSWORD,
- preferowane formaty zdjęć: TIFF, JPG (o rozdzielczości minimum 300dpi),
- w przypadku publikowania prac badawczych układ treści artykułu powinien odpowiadać schematowi: wprowadzenie (ewentualnie cel opracowania), opis wykorzystanych materiałów czy metod, opis badań własnych (omówienie wyników badań), wnioski (podsumowanie), wykaz piśmiennictwa.

2. Odsyłaczami do literatury zamieszczonymi w tekście publikacji są przypisy dolne, które muszą mieć numerację ciągłą w obrębie całego artykułu. Odsyłaczami przypisów dolnych są cyfry arabskie złożone w indeksie górnym, np. <sup>6)</sup>.

3. Zapis cytowanej pozycji bibliograficznej powinien zawierać: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł dzieła, miejsce i rok wydania, numer strony, której dotyczy przypis; w przypadku pracy zbiorowej: tytuł dzieła, inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania; w przypadku pracy będącej częścią większej całości – także jej tytuł, inicjał imienia i nazwisko redaktora. Źródła internetowe oraz akty prawne należy podawać także jako przypis dolny.

4. W wykazie piśmiennictwa zamieszczonym w kolejności alfabetycznej na końcu publikacji należy podać kolejno: nazwisko autora/ów i pierwszą literę imienia, rok wydania, tytuł pracy (czcionka italic), wydawnictwo oraz miejsce wydania. Przykłady:

- **wydawnictwa książkowe:** Janowiec A. 2010. *Ziemniaki skrobiowe – rola w województwie podlaskim*. Wydawnictwo WSA, Łomża.
- **prace zbiorowe:** Górczewski R. (red.) 2007. *Przemieszczenie trawieńca*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- **czasopisma:** Staszewski M., Getek I. 2007. *Specyfika żywienia krów o wysokiej wydajności*. Wydawnictwo WSA, Łomża, Zeszyty Naukowe WSA nr37.
- **strony internetowe:** www.4lomza.pl. 1.12.2009r.
- **akty prawne:** Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o wyższych szkołach zawodowych. Dz.U. z 2002 r. Nr 150, poz.1239.

**UWAGA:** teksty niespełniające powyższych wymagań zostaną zwrócone Autorowi



## **Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu**

Procedura recenzowania artykułów w Zeszytach Naukowych WSA jest zgodna z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce\*.

Przekazanie publikacji do Redakcji Wydawnictwa WSA jest jednoznaczne z wyrażeniem przez Autora/Autorów zgody na wszczęcie procedury recenzji artykułu. Autor/Autorzy przesyłają utwór wraz z wypełnionym oświadczeniem, którego wzór znajduje się na stronie internetowej WSA. Nadesłane materiały są poddawane wstępnej ocenie formalnej przez Naukową Radę Redakcyjną WSA, zwaną dalej Radą, zwłaszcza pod kątem ich zgodności z wymaganiami wydawniczymi opracowanymi i publikowanymi przez Wyższą Szkołę Agrobiznesu, jak również obszarami tematycznymi ZN. Następnie artykuły są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów, którzy nie są członkami Rady, posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Nadesłane artykuły nie są nigdy wysyłane do recenzentów z tej samej placówki, w której zatrudniony jest Autor/Autorzy. Prace recenzowane są anonimowo. Autorzy nie znają nazwisk recenzentów. Artykułowi nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący go na dalszych etapach procesu wydawniczego. W innych przypadkach recenzent podpisuje deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów – formularz jest publikowany na stronie Internetowej WSA. Autor każdorazowo jest informowany z zachowaniem zasady poufności recenzji o wyniku procedury recenzenckiej, zakończonej kategorię wnioskiem o dopuszczeniu bądź odrzuceniu publikacji do druku. W sytuacjach spornych powoływany jest kolejny recenzent.

Lista recenzentów współpracujących z wydawnictwem publikowana jest w każdym numerze czasopisma oraz na stronie Internetowej WSA.

\* Dobre Praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce. Zespół do Spraw Etyki w Nauce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2011

Załącznik nr 1

miejsowość, data.....,

### Oświadczenie Autora/Autorów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Redakcji Wydawnictwa WSA i ogłoszenie drukiem publikacji/pracy.

.....  
.....  
autorstwa:

.....  
.....  
Równocześnie oświadczam(y), że publikacja nie została wydana w przeszłości drukiem i/lub w wersji elektronicznej w innym czasopiśmie, nie została zgłoszona do innego czasopisma, nie znajduje się w recenzji innej Redakcji, nie narusza patentów, praw autorskich i praw pokrewnych oraz innych zastrzeżonych praw osób trzecich, a także że wszyscy wymienieni Autorzy pracy przeczytali ją i zaakceptowali skierowanie jej do druku.

Przeciwdziałanie nierzetelności naukowej - „*ghostwriting*” oraz „*guest authorship*”;

· źródło finansowania publikacji:.....

.....  
· podmioty, które przyczyniły się do powstania publikacji i ich udział:

.....  
.....  
· wkład Autora/Autorów w powstanie publikacji (szczegółowy opis z określeniem ich afiliacji):

.....  
.....  

Imię i nazwisko	podpis	data
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
4.....	.....	.....

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail, osoby odpowiedzialnej za wysłanie niniejszego oświadczenia (głównego Autora pracy):

.....  
.....  
.....

Załącznik nr 2.

## DEKLARACJA KONFLIKTU INTERESÓW

Konflikt interesów\* ma miejsce wtedy, gdy recenzent ma powiązania, relacje lub zależności przynajmniej z jednym z autorów pracy, takie jak na przykład zależności finansowe (poprzez zatrudnienie czy honoraria), bezpośrednie lub za pośrednictwem najbliższej rodziny.

**Tytuł pracy**.....

**Data**.....

### **Konflikt nie występuje**

Recenzent oświadcza, że nie ma powiązań ani innych finansowych zależności wobec

Autora/Autorów:

.....

Podpis recenzenta

### **\* Recenzent oświadcza, że występuje następujący konflikt interesów**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Podpis recenzenta:

.....