

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Kwartalnik

Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

Redaktor naczelny:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego:

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys (Wrocław)

Sekretarz Redakcji:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Komitet Naukowy:

prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)

prof. Sabina De Geest (Basel, Szwajcaria)

dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Wrocław)

dr hab. prof. nadzw. Janusz Mierzwa (Wrocław)

dr hab. n. med. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)

dr hab. n. med. Dorota Zyśko (Wrocław)

dr n. med. Sylwia Krzemińska (Wrocław)

dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)

dr n. med. Jacek Smereka (Wrocław)

dr n. med. Jakub Trnka (Wrocław)

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)

dr Diane Carroll (Boston, USA)

dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)

dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)

dr Monica Parry (Toronto, Canada)

dr Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)

mgr Jolanta Grzebieluch (Wrocław)

mgr Stanisław Manulik (Wrocław)

Redaktor językowy:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,

wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny:

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

Redaktor języka angielskiego:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni:

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i w intensywnej opiece:

dr n. med. Sylwia Krzemińska, s.krzeminska@wp.pl

Zarządzanie w pielęgniarstwie, organizacja pracy w pielęgniarstwie:

dr n. med. Ewa Kuriata, ewakuriata@wp.pl

Pielęgniarstwo kardiologiczne:

dr n. med. Izabella Uchmanowicz,

izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne:

dr n. med. Joanna Rosińczuk-Tonderys,

joanna.rosinczuk-tonderys@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska

opieka długoterminowa:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski,

dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska,

beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny:

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

Adres redakcji:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław

Tel.: 783 371 474

Fax: 71 750 30 67

e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca:

Na zlecenie Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

WYDAWNICTWO

Continuo

Wydawnictwo Continuo

ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław

Tel.: 71 791-20-30

e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

www.continuo.pl

Prenumerata

w 2013 r. cena rocznika dla Instytucji: 80 zł,

dla odbiorców indywidualnych: 40 zł

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Reklamy:

e-mail: zamowienia@continuo.pl,

tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności.

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

PL ISSN 2084-4212

Nakład 1000 egz.

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

2013, Vol. 2, Nr 1, 1-18

Spis treści/Content:

PRACE ORYGINALNE

- Wybrane parametry oceny jakości życia zależnej od zdrowia (HRQoL) chorych na astmę oskrzelową** 2
Bartosz Uchmanowicz, Bernard Panaszek
- Wpływ edukacji na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2** 7
Beata Jankowska-Polańska, Izabella Uchmanowicz, Angelika Bober

PRACE STUDENCKIE

- Narzędzia badawcze do oceny jakości życia zależnej od zdrowia (HRQoL – Health Related Quality of Life)** 12
Marta Wleklík, Anna Uchańska, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska
- O chiropraktyce słów kilka. Alternatywa dla medycyny** 15
Max Paternoga, Joanna Urszula Paździur

ORYGINAL PAPERS

- Selected parameters of Health-Related Quality of Life (HRQoL) in bronchial asthma patients** 2
Bartosz Uchmanowicz, Bernard Panaszek
- The impact of education on the quality of life in patients with type 2 diabetes** 7
Beata Jankowska-Polańska, Izabella Uchmanowicz, Angelika Bober

STUDENTS REVIEWS

- Research tools for evaluating the Health Related Quality of Life** 12
Marta Wleklík, Anna Uchańska, Izabella Uchmanowicz, Beata Jankowska-Polańska
- Couple of words about chiropractic. Alternative for medicine** 15
Max Paternoga, Joanna Urszula Paździur

WYBRANE PARAMETRY OCENY JAKOŚCI ŻYCIA ZALEŻNEJ OD ZDROWIA (HRQoL) CHORYCH NA ASTMĘ OSKRZELOWĄ

Selected parameters of Health-Related Quality of Life (HRQoL) in bronchial asthma patients

Bartosz Uchmanowicz¹, Bernard Panaszek²

¹ Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego we Wrocławiu

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: bartosz.uchmanowicz@eckp.wroclaw.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą, która ogranicza funkcjonowanie chorych w różnych sferach życia codziennego, w aspekcie fizycznym, społecznym i emocjonalnym. Dlatego badania HRQoL mogą być cennym uzupełnieniem badania lekarskiego, szczególnie ważnym u chorych przewlekłe.

Cel pracy. Ocena jakości życia pacjentów chorych na astmę oskrzelową z uwzględnieniem różnic płci.

Materiał i metoda. Badaniem objęto grupę 100 chorych leczonych na astmę oskrzelową w Klinice Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (73 kobiety – śr. wieku: 45,8 i 27 mężczyzn – śr. wieku: 41,8). Ocena dokonywana była w trakcie hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby, ale po opanowaniu zaostrzenia. Podczas wizyt przeprowadzono badania jakości życia przy użyciu kwestionariusza specyficznego (AQLQ) oraz testu kontroli astmy (ACT).

Wyniki. Kobiety miały nieznacznie niższe wyniki jakości życia mierzone kwestionariuszem AQLQ niż mężczyźni. W analizowanej populacji chorych mężczyźni byli lepiej wykształceni.

Zaobserwowano statystycznie istotny związek statusu palenia papierosów z płcią.

Wnioski. 1. Czynniki społeczno-demograficzne, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, mają wpływ na HRQoL pacjentów chorych na astmę. 2. Niska kontrola astmy, palenie papierosów wpływają na obniżenie jakości życia chorych na astmę oskrzelową. 3. Chorzy na astmę mają znacznie gorszą jakość życia w porównaniu z osobami zdrowymi. 4. Kobiety raportują niższą jakość życia niż mężczyźni.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, choroba przewlekła, badanie HRQoL.

SUMMARY

Background. Bronchial asthma is a chronic disease, debilitating the physical, social and emotional aspects of patients' life. Therefore the HRQoL assessment may serve as a supplement to medical assessment, which is especially important in patients with chronic conditions.

Objectives. The purpose of the study was to assess the quality of life of bronchial asthma patients, including the differences between men and women.

Material and methods. The study enrolled 100 patients undergoing treatment for bronchial asthma at the Internal Disease, Geriatrics and Allergy Clinical Hospital of the Wrocław Medical University (73 women – average age: 45 years and 8 months and 27 men – average age: 41 years and 8 months). All patients were assessed during hospitalization due to asthma exacerbation once the attack had been successfully controlled. During the follow-up visits, the patients' quality of life was measured using the specific (AQLQ) questionnaire, as well as the asthma control test (ACT).

Results. In the study population men were better educated than women. The relation between smoking and sex was reported as statistically significant. Women scored much lower on the quality of life outcomes as measured by the SF-36 questionnaires than men.

Conclusions. 1. Socio-demographic factors, such as age, sex, and education play a role in the HRQoL outcome in asthma patients. 2. Poor asthma control and smoking lower the quality of life of patients with bronchial asthma. 3. The quality of life of these patients is much worse than in the healthy population. 4. The quality of life of women has been reported to be lower than of men.

Key words: bronchial asthma, chronic disease, HRQoL assessment.

WSTĘP

Dane GINA (Global Initiative for Asthma) wskazują, że astma oskrzelowa dotyczy blisko 300 mln ludzi na całym świecie [1]. Przewlekłe objawy choroby oraz ich napadowy charakter są przyczyną znacznego ograniczenia funkcjonowania chorych w aspekcie fizycznym, społecznym i emocjonalnym [2–4]. Konieczne zatem staje się podjęcie interdyscyplinarnych działań mających na celu poprawę skuteczności leczenia, jak i zminimalizowania wpływu tych interwencji na jakość życia pacjentów chorych na astmę oskrzelową [4]. Zainteresowanie jakością życia w chorobach somatycznych zostało zapoczątkowane przez próbę oceny niektórych czynników na przedłużenie życia ludzkiego, wolnego od objawów choroby pozwalających na w miarę sprawne funkcjonowanie codzienne. Takie podejście różni się od stosowanych dotychczas kryteriów, uwzględniających głównie takie aspekty, jak zachorowalność czy śmiertelność. Efekty terapeutyczne powinny być oceniane w kategoriach potrzeb zdrowotnych, sytuacji zdrowotnej lub zadowolenia chorego. O sytuacji zdrowotnej pacjenta decyduje jego jakość życia zwią-

zana ze zdrowiem (HRQoL), tym samym HRQoL najbardziej obiektywnie wskazuje na subiektywną ocenę wpływu stanu funkcjonalnego na postrzeganie jakości życia chorego [4].

Wraz z rozwojem zainteresowania badaniami dotyczącym jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL) wzrasta liczba narzędzi badawczych w tej dziedzinie. Do badania jakości życia używa się kwestionariuszy ogólnych, stosowanych w badaniach różnych jednostek chorobowych, oraz specyficznych, które koncentrują się na dolegliwościach związanych z daną jednostką chorobową. Bardzo istotne zatem jest użycie kwestionariusza do badania jakości życia, który będzie odpowiadał danej sytuacji klinicznej.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena jakości życia pacjentów chorych na astmę oskrzelową z uwzględnieniem różnic płci.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto grupę 100 chorych leczonych na astmę oskrze-

lową w Klinice Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (73 kobiety – śr. wieku: 45,8 i 27 mężczyzn – śr. wieku: 41,8) Ocena dokonywana była w trakcie hospitalizacji z powodu zaostrzenia choroby, ale po opanowaniu zaostrzenia.

Podczas wizyt przeprowadzono badania jakości życia przy użyciu kwestionariusza specyficznego (AQLQ) oraz testu kontroli astmy (ACT). Badania prowadzone były osobiście przez badaczy.

Kryteria włączenia do badania:

- zgoda na udział w badaniu,
- umiejętność samodzielnego wypełnienia kwestionariusza,
- stan pozwalający na wykonanie spirometrii.

Kryteria wyłączenia z badania:

- choroby nowotworowe układu oddechowego,
- wiek powyżej 86 lat,
- brak zgody na badanie.

Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) został opracowany dla oceny wpływu procesu leczenia astmy na codzienną aktywność chorego. Zastosowana kilkustopniowa skala pozwala ocenić stopień aktywności fizycznej chorego, umiejętność unikania przez niego czynników wyzwalających duszność, częstość występowania objawów nocnych, lęk związany z brakiem leków, wpływ objawów chorobowych na realizowanie codziennych obowiązków przez chorego. W badaniach kontrolnych kwestionariusz umożliwia odwołanie się do odpowiedzi udzielonych przez chorego podczas pierwszego badania. Jest on z powodzeniem stosowany w próbach klinicznych [5].

Test kontroli astmy (ACT) składa się z 5 pytań dotyczących częstości występowania duszności, przebudzeń ze snu w wyniku dolegliwości, potrzeby stosowania szybko działających leków wziewnych oraz kontroli choroby postrzeganej przez samego chorego. Maksymalna liczba punktów, jaką może uzyskać pacjent, wynosi 25 i mówi o idealnej kontroli astmy. Wynik 24–20 punktów oznacza, że astma była dobrze kontrolowana, jednak nie była to pełna kontrola, natomiast wynik poniżej 20 punktów oznacza, że chory ma niewłaściwą kontrolę astmy [6].

ANALIZA STATYSTYCZNA WYNIKÓW

Do analiz statystycznych wykorzystano pakiet STATISTICA 9.0 firmy StatSoft. Dla wszystkich badanych zmiennych ilościowych sprawdzono zgodność rozkładów z rozkładem normalnym testem Kołmogorowa-Smirnowa i Shapiro-Wilka. Jako krytyczny poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.

Dla zmiennych ilościowych (kwantytatywnych) obliczono: średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe, mediany oraz zakres zmienności (wartości ekstremalne). Dla zmiennych jakościowych (kwalitatywnych) obliczono częstości ich występowania (odsetki). Do analizy zmiennych jakościowych wykorzystano tabele wielodzzielcze (kontyngencyjne) i test χ^2 Pearsona.

Porównania zmiennych ilościowych w dwóch grupach niezależnych (np. F vs. M) przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitneya, a w grupach powiązanych – za pomocą testu kolejności par Wilcoxon.

W celu porównania wartości średnich w więcej niż dwóch grupach dla zmiennych nie spełniających warunków stosowania analizy wariancji zastosowano test Kruskala-Wallisa.

Do oceny siły i kierunku zależności między badanymi zmiennymi (miernikami jakości życia, a niektórymi czynnikami klinicznymi), z uwagi na ich rozkłady różne od normalnego, stosowano test korelacyjny rang Spearmana. Dla każdej pary zmiennych wyliczono współczynnik korelacji Spearmana, uznając poziom $p < 0,05$ jako statystycznie znamienne.

Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nr 722/2012.

WYNIKI BADAŃ

Badania przeprowadzono na grupie 100 pacjentów, których podzielono na grupy w zależności od płci. Podstawowe dane charakteryzujące badaną grupę przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Podstawowe statystyki cech socjoklinicznych i wyniki testów

	Kobiety n = 73	Mężczyźni n = 27	Porównanie K vs. M
Wiek [lata]:			
średnia ± SD	45,8 ± 14,7	41,8 ± 16,9	
mediana	45,5	35,5	$p = 0,252$
zakres (min, max)	15,5, 85,5	15,5, 75,5	
Liczba (%) osób mieszkających			
na wsi	5 (7%)	7 (26%)	
w małym mieście (< 100 tys. mieszkańców)	11 (15%)	2 (7%)	$p = 0,017$
w dużym mieście (< 500 tys. mieszkańców)	9 (12%)	0 (0%)	
w bardzo dużym mieście (> 500 tys.)	48 (66%)	18 (67%)	
Liczba (%) osób z wykształceniem:			
podstawowym	17 (23%)	0 (0%)	$p = 0,004$
zasadniczym zawodowym	14 (19%)	9 (33%)	
średnim	29 (40%)	7 (26%)	
wyższym	13 (18%)	11 (41%)	
Liczba (%) osób, których źródłem utrzymania jest:			
praca zawodowa	22 (30%)	6 (22%)	$p = 0,360$
zasiłek dla bezrobotnych	1 (1%)	0 (0%)	
renta	16 (22%)	11 (41%)	
emerytura	32 (44%)	10 (37%)	
inne źródło	2 (3%)	0 (0%)	
Liczba (%) osób, które wykonują/wykonywały pracę:			
fizyczną	27 (37%)	9 (36%)	$p = 0,346$
umysłową	38 (52%)	16 (64%)	
inną	5 (7%)	0 (0%)	
Liczba (%) osób o stanie cywilnym:			
mężatka/zonaty	44 (60%)	24 (89%)	$p = 0,016$
panna/kawaler	4 (5%)	1 (4%)	
wdowa/wdowiec	21 (29%)	0 (0%)	
rozwódka/rozwodnik	4 (5%)	2 (7%)	
Liczba (%) osób, które:			
nigdy nie paliły papierosów	47 (64%)	6 (22%)	$p < 0,001$
już nie palą	21 (29%)	20 (74%)	
palą papierosy	5 (7%)	1 (4%)	
Lata palenia papierosów	n = 27	n = 22	$p = 0,457$
średnia ± SD	22 ± 3	25 ± 4	
Liczba wypalanych papierosów dziennie	n = 27	n = 22	$p = 0,360$
średnia ± SD	17 ± 10	19 ± 8	
Czas trwania choroby [lata]			
średnia ± SD	16,9 ± 12,2	14,1 ± 13,4	$p = 0,144$
Liczba (%) osób z podstawowymi objawami:			
napady duszności w dzień (brak tchu)	63 (86%)	25 (25%)	$p = 0,521$
kaszel poranny	7 (10%)	2 (7%)	
nocne przebudzenia z powodu duszności	3 (4%)	0 (0%)	
Liczba (%) osób o ostrych epizodach występujących:			
codziennie (również w nocy)	72 (99%)	25 (93%)	$p = 0,119$
codziennie (w ciągu dnia)	1 (1%)	0 (0%)	
trzy, cztery razy w tygodniu	0	1 (4%)	
co kilka miesięcy	0	1 (4%)	

Tabela 2. Podstawowe statystyki cech socjoklinicznych i wyniki testów

	Kobiety n = 73	Mężczyźni n = 27	Porównanie K vs. M
Liczba (%) osób odwiedzających PA:			
dwa razy w miesiącu	8 (11%)	11 (41%)	p = 0,002
raz w miesiącu	24 (33%)	3 (11%)	
sześć razy w roku	17 (23%)	2 (7%)	
trzy razy w roku	8 (11%)	2 (7%)	
rzadziej	16 (22%)	9 (33%)	
Liczba (%) osób hospitalizowanych:			
raz, dwa razy	32 (44%)	14 (52%)	p = 0,265
trzy do pięciu razy	8 (11%)	6 (22%)	
sześć do dziesięciu razy	12 (16%)	3 (11%)	
więcej razy	21 (29%)	4 (15%)	
Test kontroli astmy:			
średnia ± SD	11,8 ± 4,0	12,2 ± 2,6	p = 0,146
mediana	11	12	
zakres (min, max)	4, 22	5, 18	
Liczba (%)* osób z chorobami współtowarzyszącymi:			
z cukrzycą	12 (16%)	2 (7%)	-
z nadciśnieniem	29 (40%)	16 (59%)	
z chorobą niedokrwienną	6 (8%)	11 (41%)	
z chorobami reumatycznymi	7 (10%)	5 (19%)	
z innymi chorobami	19 (26%)	6 (22%)	
FEV ₁ [L]:			
średnia ± SD	2,51 ± 0,57	2,49 ± 0,63	p = 0,908
mediana	2,70	2,60	
zakres (min, max)	0,65; 3,50	0,75; 3,63	
FVC [L]:			
średnia ± SD	3,19 ± 0,84	3,17 ± 0,47	p = 0,892
mediana	3,21	3,20	
zakres (min, max)	1,01; 6,63	1,72; 3,70	
FEV ₁ /FVC [-]:			
średnia ± SD	0,80 ± 0,12	0,78 ± 0,17	p = 0,559
mediana	0,81	0,78	
zakres (min, max)	0,41; 1,17	0,39; 1,32	

* Odsetek chorób nie sumuje się do 100%, ponieważ istniała możliwość wymienienia większej liczby chorób.

Odsetek mężczyzn mieszkających na wsi (26%) był istotnie większy niż odsetek kobiet (7%). Różnica w strukturze jest statystycznie istotna ($p < 0,05$).

Porównywane grupy różnią się istotnie pod względem struktury wykształcenia ($p < 0,05$). W analizowanej populacji chorych mężczyźni byli lepiej wykształceni.

Nie zaobserwowano statystycznie istotnego związku między płcią a aktywnością zawodową ($p > 0,05$).

Zaobserwowano statystycznie istotny związek stanu cywilnego chorych z płcią. Odsetek wdów i żonatych jest istotnie większy ($p < 0,05$).

Zaobserwowano statystycznie istotny związek statusu palenia papierosów z płcią. Odsetek kobiet niepalących jest istotnie większy niż mężczyzn. Natomiast istotnie większy odsetek osób, które rzuciły palenie, występuje wśród mężczyzn ($p < 0,05$).

Zaobserwowano statystycznie istotny związek częstości wizyt w Poradni Alergologicznej z płcią. Odsetek mężczyzn korzystających z poradni dwa razy w miesiącu jest istotnie większy niż kobiet ($p < 0,01$). Nie zaobserwowano statystycznie istotnego związku między płcią a liczbą pobytów w szpitalu ($p > 0,05$).

Zaobserwowano statystycznie istotny związek między płcią

a występowaniem choroby niedokrwiennej. Występuje ona istotnie częściej u mężczyzn ($p = 0,0004$).

Wyniki badań spirometrycznych są podobne u kobiet i mężczyzn ($p > 0,05$). Wyniki testu kontroli astmy są podobne u kobiet i mężczyzn ($p > 0,05$).

Wyniki jakości życia mierzone kwestionariuszem AQLQ (AQLQ(S) – Jakość Życia Osoby z Astmą ze Standaryzowanymi Czynnościami) z uwzględnieniem płci przedstawiono w tabelach 3–6 i na rycinie 1.

Tabela 3. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia w domenie „Objawy” kwestionariuszem AQLQ(S) wśród kobiet (F) i mężczyzn (M)

AQLQ(S) – objawy [pkt]	Płeć	
	F	M
Średnia \bar{x}	3,53	3,03
Odchylenie standardowe SD	1,47	1,64
Mediana Me	3,25	2,58
Zakres (min, max)	1,17 , 6,75	1,00 , 7,00
Test Manna-Whitney'a: $p = 0,1534$		

Tabela 4. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia w domenie „Ograniczenie aktywności” kwestionariuszem AQLQ(S) wśród kobiet (F) i mężczyzn (M)

AQLQ(S) – ograniczenie aktywności [pkt]	Płeć	
	M	F
Średnia \bar{x}	3,46	3,55
Odchylenie standardowe SD	1,32	1,51
Mediana Me	3,36	3,27
Zakres (min, max)	1,00 , 6,64	1,09 , 6,55
Test Manna-Whitney'a: $p = 0,9721$		

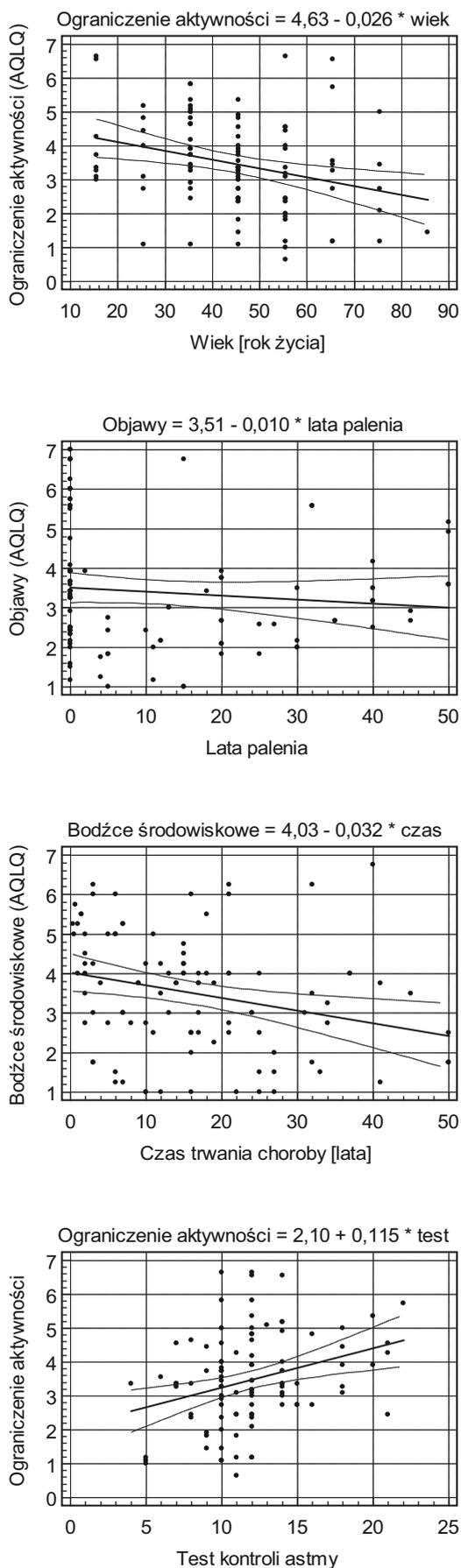
Tabela 5. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia w domenie „Funkcjonowanie emocjonalne” kwestionariuszem AQLQ(S) wśród kobiet (F) i mężczyzn (M)

AQLQ(S) – funkcjonowanie emocjonalne [pkt]	Płeć	
	M	F
Średnia \bar{x}	4,13	3,88
Odchylenie standardowe SD	1,59	1,39
Mediana Me	4,00	3,60
Zakres (min, max)	1,00 , 7,00	2,20 , 6,40
Test Manna-Whitney'a: $p = 0,4724$		

Tabela 6. Wyniki samooceny (punkty) jakości życia w domenie „Bodźce środowiskowe” kwestionariuszem AQLQ(S) wśród kobiet (F) i mężczyzn (M)

AQLQ(S) – bodźce środowiskowe [pkt]	Płeć	
	M	F
Średnia \bar{x}	3,50	3,52
Odchylenie standardowe SD	1,44	1,65
Mediana Me	3,75	4,00
Zakres (min, max)	1,00 , 6,75	1,00 , 6,25
Test Manna-Whitney'a: $p = 0,7239$		

Kobiety miały nieznacznie niższe wyniki jakości życia mierzone kwestionariuszem AQLQ.



Rycina 1. Diagramy korelacyjne współzależności oceny jakości życia od wybranych parametrów ilościowych

DYSKUSJA

Ważnym elementem w aspekcie pomiarów zdrowia w danej populacji jest zrozumienie, że jakość życia pacjentów ma ważność

porównywalną z parametrami klinicznymi. Większość pacjentów, u których rozpoznano astmę oskrzelową, zgłasza szereg problemów dotyczących ich ogólnej aktywności oraz raportuje pogorszenie jakości życia w relacji do zdrowia – HRQoL.

Wyniki naszych badań wykazały, że chorzy na astmę oskrzelową raportują gorsze wyniki jakości życia niż osoby zdrowe. Uwzględniając różnice płci u chorych na astmę, stwierdzono że w badanej grupie kobiety były starsze od mężczyzn.

Dodatkowo, zaobserwowano niższy poziom wykształcenia kobiet w stosunku do mężczyzn. Podobne zjawisko opisuje w swojej pracy Tobiasz-Adamczyk [7]. W badaniu Lopes i wsp. [8] wykazano, że niski poziom wykształcenia wywiera wpływ na samopoczucie i stan zdrowia chorych, stąd być może niższa jest jakość życia badanych kobiet. W badaniu Uchmanowicz i wsp. [9] stwierdzono, że wykształcenie wpływa na samoocenę pacjentów w zakresie objawów i bodźców środowiskowych w wynikach oceny kwestionariuszem AQLQ.

W badaniu własnym odnotowano niezadowolający wynik liczby osób, które palą papierosy. W grupie „palaczy” większość stanowili mężczyźni. Tytoń jest jednym z czynników, który niekorzystnie wpływa na rokowania choroby. Jak podaje Jassem [10], palenie tytoniu może działać alergizująco, gdyż dym tytoniowy uszkadza nabłonek oskrzeli i upośledza miejscowe mechanizmy obronne, co prowadzi do znacząco gorszego przebiegu astmy u chorych palących papierosy. W swojej publikacji Droszcz i wsp. [11] zaznaczają, że palenie „w znaczny sposób utrudnia uzyskanie kontroli choroby, zwiększa częstość zaostrzeń i hospitalizacji”.

Na obniżanie się jakości życia chorych na astmę wraz z wiekiem wskazał Oquzturk i wsp. [12]. Również Hazell [13] w swoich badaniach wykazał deficyt w jakości życia w stosunku do wieku badanych

Wyniki badań Weiner [14] sugerują, że kobiety chorujące na astmę zgłaszają więcej objawów choroby, spożywają więcej leków oraz doświadczają gorszej jakości życia. Weiner uważa, że różnice w płci mogą występować z powodu silniejszego odczuwania przez kobiety objawów choroby, co może sugerować, że kobiety inaczej odczuwają napady duszności niż mężczyźni [14].

Belloch i wsp. potwierdzili niższe wyniki HRQoL u kobiet z astmą. Dodatkowo wskazali, że lęk i depresja mogą być predyktorami wpływającymi na pogorszenie wyników HRQoL u kobiet [15]. Co ciekawe, badania własne wykazały, że mężczyźni częściej niż kobiety korzystają z porad alergologa. Może to właśnie wpływać na polepszenie jakości życia mężczyzn, ponieważ w Poradni Alergologicznej są objęci edukacją na temat choroby. Może to również wynikać z ich lepszego poziomu wykształcenia, większego zainteresowania chorobą i własnym stanem zdrowia oraz chęci poprawy jakości życia, która w astmie może być odczuwalna na niższym poziomie niż u osób zdrowych.

Większość badaczy sugeruje, że między grupą mężczyzn i kobiet istnieją istotnie statystycznie różnice w subiektywnych ocenach jakości życia. Kobiety zazwyczaj częściej i dłużej rozpamiętują negatywne aspekty, natomiast mężczyźni są bardziej pozytywnie nastawieni do życia, czerpiąc z niego więcej radości [16].

Podsumowując, należy stwierdzić, że płeć żeńska, starszy wiek, palenie papierosów, czas trwania choroby, a przede wszystkim zła kontrola astmy są ważnymi czynnikami, które wpływają negatywnie na jakość życia zależną od stanu zdrowia (HRQoL) chorych na astmę.

Wydaje się zatem słuszne, że badając HRQoL chorych na astmę należy uwzględnić różnice płci. Znając odmienny sposób odczuwania objawów choroby przez kobiety, możemy próbować wdrożyć leczenie i edukację bardziej odpowiadające wymaganiom kobiet i ich subiektywnym odczuwaniu choroby, wpływając tym samym na polepszenie ich jakości życia.

BIBLIOGRAFIA

1. GINA report 2010. Global Strategy for Management and Prevention Updated 2010.
2. Farnik M, Pierzchała W. Ocena jakości życia w chorobach alergicznych. *Alergologia Info* 2008; III, 1: 6–14.
3. Kuźniar T, Ślusarz R., Patkowski J. Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową. *Adv Clin Exp Med* 1999; 8(2): 151–158.
4. Szabó A, Cserhádi E. Does the actual presence of symptoms influence the long term quality of life in asthma? *Int Rev Allergol Clin Immunol* 2006; 12, 2: 50–55.
5. Juniper EF, Guyatt GH, Epstein RS, et al. Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials. *Thorax* 1992; 47: 76–83
6. Kruszewski J. Uproszczenie oceny stopnia kontroli astmy. Test kontroli astmy – Astma Control Test (ACT). *Przew Lek* 2007; 10(102): 21–23.
7. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia* 1996; 2: 33–40.
8. Lopes CS, et al. Quality of life of asthmatic adolescents: assessment of asthma severity, comorbidity, and life style. *J Pediatr (Rio J)* 2009 Nov–Dec; 85(6): 523–530.
9. Uchmanowicz I, Jankowska B, Panaszek B, Fal AM. Wpływ czynników społeczno-demograficznych na jakość życia chorych na astmę oskrzelową. *Alergologia Info* 2010; V 2: 57–65.
10. Jassem E. Ciężka postać astmy – rozpoznanie i leczenie. *Przew Lek* 2009; 6(114): 16.
11. Droszcz W, Grzanka A. *Astma u młodzieży i dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 39–40, 41, 43, 88–89, 127–140, 177–178, 201.
12. Oquztürk Ö, Ekici A, Kara M, et al. Psychological status and quality of life in elderly patients with asthma. *Psychosomatics* 2005; 46: 41–46.
13. Hazell M, Frank T, Frank P. Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms. *Resp Med* 2003; 97, 11: 1211–1218.
14. Weiner P, Magadle R, Massarwa F, et al. Influence of gender and inspiratory muscle training on the perception of dyspnea patients with asthma. *Chest* 2002 July; 122(1).
15. Belloch A, Perpina M, Martinez-Moragon E., de Diego A., Martinez-Frances M. *J Asthma* 2003 Dec; 40(8): 945–953.
16. Filanowicz M, Dzwonka-Dowbór A, Bartuzi Z, i wsp. Jakość życia pacjentów z astmą atopową przed rozpoczęciem immunoterapii. *Valetudinaria Post Med Klin Wojsk* 2007; 12, 1: 22–25.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2012 r.

Po recenzji: 15.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.10.2012 r.

WPLYW EDUKACJI NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z CUKRZYCĄ TYPU 2

The impact of education on the quality of life in patients with type 2 diabetes

Beata Jankowska-Polańska¹, Izabella Uchmanowicz¹, Angelika Bober²

¹ Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Edukacja stanowi nieodłączny element terapii i opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą. Kiedy edukacja prowadzona jest prawidłowo, przygotowuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych oraz współpracy w procesie pielęgnacji, rehabilitacji, samokontroli oraz opieki nieprofesjonalnej. Wszystkie prowadzone działania mają na celu poprawę jakości życia pacjentów, która stanowi ważny element leczenia chorób przewlekłych.

Cel pracy. Określenie zachowań zdrowotnych oraz wpływu edukacji diabetologicznej na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

Materiał i metody. Badaniami objęto dwie grupy pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 (grupa I – pacjenci nieedukowani, grupa II – pacjenci edukowani). W badaniach zastosowano następujące metody badawcze: kwestionariusz własnego autorstwa oceniający poziom wiedzy ankietowanych, styl życia i powikłania. Jakość życia oceniono kwestionariuszem ogólnym SF-36.

Wyniki. Analiza jakości życia wykazała wyższą jakość życia w zakresie wszystkich domen kwestionariusza w grupie pacjentów edukowanych. Stosownie w domenie PF (69,9 vs. 19,2), RP (39,5 vs. 7,25), BP (77,85 vs. 42,0), GH (73,8 vs. 35,6), VT (74,3 vs. 48), SF (80,75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76,48 vs. 53,28) oraz w zakresie zsumowanej oceny w zsumowanej domenie zdrowia fizycznego (PCS) (55,34 vs. 29,11) i psychicznego (MCS) (76,76 vs. 69,44)

Wnioski. 1. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2. 2. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na zwiększenie kontroli klinicznej chorych edukowanych oraz w stopniu zadowalającym na zmianę stylu życia. 3. Stosowanie ciągłej, systematycznej edukacji zdrowotnej prowadzi do znacznego zmniejszenia powikłań późnych wśród chorych na cukrzycę typu 2, a tym samym ogranicza konieczność hospitalizacji. 4. Edukacja zdrowotna powinna być stałym elementem leczenia chorych z cukrzycą typu 2.

Słowa kluczowe: edukacja, jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

SUMMARY

Background. Education is an integral part of treatment and nursing care of patients with diabetes. When education is conducted properly prepares the patient to health behavior and cooperation in the process of care, rehabilitation, self-control and non-professional care. All activities are carried out to improve the quality of life of patients, which is an important part of the treatment of chronic diseases.

Objectives. Aim of this study was to determine the health behaviors and the impact of diabetes education on the quality of life in patients with type 2 diabetes.

Material and methods. The study involved two groups of patients with diabetes type 2 (Gr. I – patients non-educated, Gr. II – educated patients). The study used the following methods: by a questionnaire assessing their level of knowledge of respondents, lifestyle and complications and SF-36 questionnaire to determine quality of life.

Results. Analysis of quality of life showed a higher quality of life in all domains of the questionnaire in patients that were educated. Accordingly, in the domain PF (69.9 vs. 19.2), RP (39.5 vs. 7.25), BP (77.85 vs. 42.0), GH (73.8 vs. 35.6), VT (74.3 vs. 48), SF (80.75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76.48 vs. 53.28) and in the evaluation of the accumulated summed physical domain (PCS) (55.34 vs. 29.11) and mental (MCS) (76.76 vs. 69.44).

Conclusions. 1. Health education has a positive effect on the assessment of the quality of life in patients with type 2 diabetes. 2. Health education has a positive effect on increasing the clinical monitoring of patients educated and to the satisfaction of the change in lifestyle. 3. The use of continuous, systematic health education leads to a significant reduction of late complications in patients with type 2 diabetes, and thus reduces the need for hospitalization. 4. Health education should be a regular part of treatment for patients with type 2 diabetes

Key words: education, treatment and nursing care of patients with diabetes.

WSTĘP

W krajach zachodnich i w Polsce około 5–9% populacji osób dorosłych cierpi na cukrzycę, z czego aż 95% stanowi typ 2. Jest to około 2 mln ludzi, z czego tylko połowa stanowi przypadki cukrzycy rozpoznanej i leczonej. Reszta przypadków to cukrzyca nierozpoznana i nieleczona, prowadząca do powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych. Dodatkowo szacuje się, że około 10% przypadków stanowią stany przedcukrzycowe, które mają podobne znaczenie patogenne jak sama cukrzyca [1].

Cukrzyca typu 2 ujawnia się zwykle po 40. roku życia, a zapadalność rośnie wraz z wiekiem, największą zapadalność odnotowuje się między 60. a 70. rokiem życia. Cukrzyca typu 2 nie daje charakterystycznych objawów, więc często rozpoznawana jest dopiero w momencie, gdy pojawiają się przewlekłe powikłania, jak np. retinopatia, która powstaje jako powikłanie po 5–10 latach chorowania i spowodowana jest przez hiperglikemię [2]. W Polsce cukrzyca jest ciągle główną przyczyną ślepoty, niewydolności nerek oraz amputacji kończyn. Jest także głównym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca, zawału mięśnia sercowego oraz bardzo częstą przyczyną udarów mózgu, zespołu stopy cukrzycowej i amputacji, a także wad

wrodzonych u noworodków [1].

Przewiduje się, że w roku 2025 liczba osób chorujących na cukrzycę w krajach rozwiniętych wzrośnie o 43%, a w krajach rozwijających się – aż o 170% [3].

Edukacja stanowi nieodłączny element terapii i opieki pielęgniarskiej nad chorym z cukrzycą. W momencie rozpoznania choroby pacjent musi przyswoić podstawową wiedzę na jej temat, aby nauczyć się z nią żyć. Zagadnienia omawiane z pacjentem obejmować powinny: zrozumienie istoty choroby, samokontrolę, żywienie, styl życia, stosowanie wysiłku fizycznego oraz radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych. Edukacja zdrowotna ma za zadanie podnosić kompetencje pacjentów i ich rodzin w walce z chorobą i stanami zagrożenia życia. Edukacja ma na celu nie tylko przekazanie informacji na temat choroby, lecz również wpływ na zachowanie, nawyki oraz system wartości osoby chorującej. Kiedy edukacja prowadzona jest prawidłowo, przygotowuje pacjenta do zachowań prozdrowotnych oraz współpracy w procesie pielęgnacji, rehabilitacji, samokontroli oraz opieki nieprofesjonalnej. Wszystkie te wymienione zadania mają na celu poprawę jakości życia pacjentów [4].

Jakość życia stanowi ważny cel leczenia chorób przewlekłych. Określa subiektywną ocenę własnego życia w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej. Przegląd badań wskazuje, że cukrzyca może mieć negatywny wpływ na jakość życia. Ocena jakości życia pod względem metodologicznym jest złożona, jednak dostępne są rzetelne i trafne narzędzia, które mogą być wykorzystywane do oceny tego parametru u chorych na cukrzycę. Badanie jakości życia chorych powinno być stałym elementem rutynowej opieki diabetologicznej i stanowić potencjalny punkt końcowy wielu badań klinicznych dotyczących problematyki cukrzycy [5].

CEL PRACY

Celem pracy było określenie zachowań zdrowotnych oraz wpływu edukacji diabetologicznej na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2.

MATERIAŁ I METODY

Badaniami objęto dwie grupy pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2 hospitalizowanych w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu: grupa I – pacjenci nieedukowani (50 osób, w tym 24 kobiety) w wieku 24 do 86 lat z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, grupa II – pacjenci edukowani (50 osób, w tym 21 kobiet) w wieku 26 do 84 lat z Kliniki Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Grupa II podczas pobytu w oddziale odbyła kilka spotkań z pielęgniarką edukatorem, otrzymała kompletne informacje dotyczące istoty choroby, leczenia, samokontroli, stylu życia, diety, aktywności fizycznej i powikłań.

W badaniach zastosowano następujące metody badawcze:

1. Do oceny preferencji edukacyjnych pacjentów z cukrzycą wykorzystano kwestionariusz według własnego opracowania składający się z trzech części: dane socjodemograficzne i kliniczne ankietowanych, dane dotyczące stylu życia oraz część dotycząca powikłań.
2. Do oceny jakości życia wykorzystano amerykański kwestionariusz SF-36, który jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do określania jakości życia różnych grup chorych i populacji ogólnych. Powstał w latach 80. ubiegłego wieku dla dużego programu badawczego *Medical Outcomes Study* (MOS), którego pierwotnym celem było określenie różnic w postrzeganiu przez pacjentów rezultatów stosowanej terapii. Kwestionariusz składa się z 36 pozycji, które służą do badania dwóch wymiarów jakości życia: fizycznego (*Physical Component Summary*, PCS) i psychicznego (*Mental Component Summary*, MCS).

Jakość życia w wymiarze fizycznym (*Physical Component Summary*, PCS) składa się z czterech podskali:

- 1) funkcjonowanie fizyczne (*physical functioning*, PF) – 10 pozycji;
- 2) ograniczenie pełnienia ról ze względów fizycznych (*role limitations due to physical problems*, RP) – 4 pozycje;
- 3) ból (*bodily pain*, BP) – 2 pozycje;
- 4) zdrowie ogólne (*general health perception*, GH) – 5 pozycji.

Jakość życia w wymiarze psychicznym (*Mental Component Summary*, MCS) zawiera także cztery podskale:

- 1) funkcjonowanie społeczne (*social functioning*, SF) – 2 pozycje;
- 2) ocena własnego zdrowia psychicznego (*mental health*, MH) – 5 pozycji;
- 3) ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne (*role limitation due to emotional problems*, RE) – 3 pozycje;
- 4) witalność (*vitality*, VT) – 4 pozycje [6].

Dodatkowo kwestionariusz SF-36 zawiera pytanie o własną ocenę zmian w stanie zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Sposób odpowiadania na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany: na trzy-, pięcio- i sześciostopniowej skali Likerta. Każdej odpowiedzi w poszczególnych domenach przypisana

jest odpowiednia liczba punktów. Wynik waha się od 0 do 100 w każdej kategorii, przy czym im mniej punktów, tym gorsza jakość życia [7].

WYNIKI

Obie badane grupy były jednorodnie pod względem wieku ankietowanych (grupa nieedukowanych 24. a 86. rok życia, grupa edukowanych 26. a 84. rok życia). Najliczniejszą grupę w obu przypadkach stanowiły osoby między 51. a 70. rokiem życia (52% wśród pacjentów nieedukowanych i 48% wśród pacjentów edukowanych).

W grupie pacjentów nieedukowanych 12% pacjentów to osoby z wykształceniem podstawowym, 58% osób – z wykształceniem zawodowym, 24% osób – z wykształceniem średnim, a 6% – z wykształceniem wyższym, natomiast w grupie pacjentów edukowanych 22% pacjentów posiadało wykształcenie podstawowe, 36% – wykształcenie zawodowe, 40% – wykształcenie średnie, a – 2% wyższe.

Styl życia

Wśród chorych nieedukowanych połowa (50%) z nich pali regularnie papierosy, natomiast wśród edukowanych pacjentów pali tylko 2% badanej grupy. Wśród ankietowanych 46% nieedukowanych i 44% edukowanych wie, że palenie ma niekorzystny wpływ na zdrowie. Niestety podobnie 44% edukowanych i 38% nieedukowanych nie uważa, aby palenie miało niekorzystny wpływ na zdrowie.

Znacząco wyższe jest regularne zużycie alkoholu wśród ankietowanych nieedukowanych 62% vs. 42% edukowanych. Wśród chorych edukowanych aż 98% pacjentów wie, że alkohol ma niekorzystny wpływ na cukrzycę. Wśród chorych nieedukowanych zaledwie 24% badanych uważa, że alkohol nie wpływa na ich stan zdrowia, a 28% nie ma zdania na ten temat.

Zróżnicowany jest poziom aktywności uprawiany przez respondentów. Wśród pacjentów nieedukowanych 10% osób odpowiedziało, że ich aktywność fizyczna jest bardzo zła, 24% – że zła, 44% odpowiedziało – że średnia, 20% odpowiedziało – że dobra. Natomiast w grupie pacjentów edukowanych 6% osób odpowiedziało, że ich aktywność fizyczna jest bardzo zła, 34% twierdziło – że zła, 30% osób oceniło swoją aktywność jako średnia, a 30% – oceniło jako dobrą.

Wśród pacjentów nieedukowanych 70% pytanych uważa, że odżywia się prawidłowo, natomiast w grupie pacjentów edukowanych aż 90% pytanych uznało swoją dietę za prawidłową. W grupie pacjentów nieedukowanych 28% osób zdaje sobie sprawę z tego, że ich żywienie nie jest prawidłowe, a 2% nie ma zdania. Wszyscy pacjenci edukowani wiedzą, że sposób odżywiania ma wpływ na wystąpienie cukrzycy, natomiast w grupie chorych nieedukowanych świadomość wpływu diety na wystąpienie cukrzycy prezentuje 56% pacjentów.

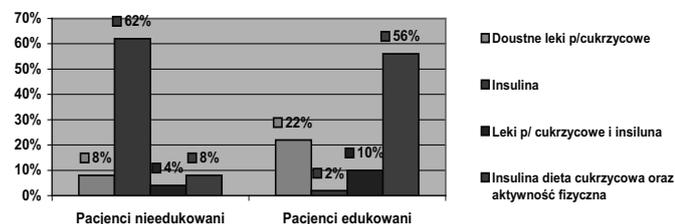
W grupie badanych 38% pacjentów nieedukowanych i 26% pacjentów edukowanych spożywa owoce i soki owocowe 2–3 razy dziennie, 44% z grupy nieedukowanych i 42% z grupy edukowanych 3–4 razy w tygodniu, po 28% badanych z obu grup 1 raz w tygodniu, natomiast 18% z grupy pacjentów nieedukowanych i 2% z grupy pacjentów nie robi tego wcale. Warzywa i soki warzywne 2–3 razy dziennie spożywa 36% pacjentów nieedukowanych i 38% pacjentów edukowanych, 28% pacjentów nieedukowanych i 50% edukowanych spożywa warzywa i soki warzywne 3–4 razy w tygodniu, 16% pacjentów nieedukowanych i 10% pacjentów edukowanych spożywa warzywa i soki warzywne zaledwie 1 raz w tygodniu. 12% pacjentów nieedukowanych i 2% pacjentów nieedukowanych spożywa soki warzywne 2 razy w miesiącu, a 8% pacjentów nieedukowanych nie robi tego wcale.

Analiza spożycia mięsa przez ankietowanych wykazała, że 6% pacjentów nieedukowanych i 2% edukowanych spożywa wieprzowinę 2–3 razy dziennie, 44% nieedukowanych i 2% edukowanych 3–4 razy w tygodniu, 20% nieedukowanych i 12% pacjentów 1 raz w tygodniu, 16% pacjentów nieedukowanych i 30% edukowanych 2 razy w miesiącu, a 14% pacjentów nie-

edukowanych i 56% edukowanych nie spożywa wieprzowiny wcale.

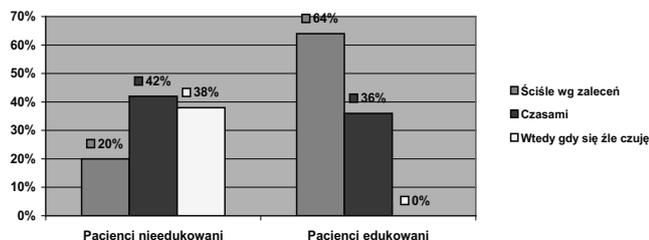
58% z grupy pacjentów edukowanych przyznało, że spożywa słodczyce 2 razy w miesiącu. Natomiast w grupie pacjentów nieedukowanych aż 22% ludzi przyznaje, że zdarza im się zjadać słodczyce 2-3 razy dziennie, 26% – 3-4 razy dziennie, 30% – 1 raz w tygodniu, natomiast tylko 14% zjada słodczyce sporadycznie – 2 razy w miesiącu i tylko 8% pacjentów nieedukowanych deklaruje, że nie je słodczyce wcale.

Wśród ankietowanych zaobserwowano stosowanie różnych schematów leczenia. 62% ankietowanych z grupy nieedukowanych przyjmuje tylko insulinę, 4% insulinę i leki przeciwcukrzycowe, 8% tylko doustne leki przeciwcukrzycowe, a 18%, insulinę oraz dietę cukrzycową oraz 8% pacjentów stwierdziło, że stosuje jednocześnie insulinę, dietę cukrzycową oraz aktywność fizyczną. Z grupy osób edukowanych 22% pacjentów leczonych jest za pomocą doustnych środków przeciwcukrzycowych, 20% pacjentów stwierdziło, że zarówno przyjmuje doustne leki przeciwcukrzycowe, stosuje dietę cukrzycową, jak i aktywność fizyczną, 2% pacjentów leczonych jest tylko za pomocą insuliny, a ponad połowa, bo aż 56%, przyjmuje zarówno insulinę, stosuje dietę cukrzycową i podejmuje aktywność fizyczną (ryc. 1).



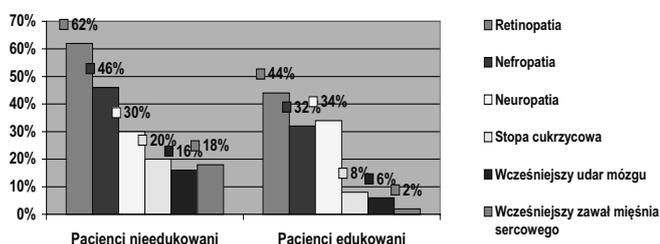
Rycina 1. Sposób leczenia cukrzycy wśród badanych ankietowanych

W grupie chorych nieedukowanych do zaleceń diabetologa: 38% pacjentów stosuje się tylko w przypadku złego samopoczucia, 42% czasami, a 20% zawsze i ściśle. W grupie pacjentów edukowanych 64% respondentów zadeklarowała, że do zaleceń diabetologa stosuje się zawsze i ściśle, pozostałe 36% pacjentów przyznało, że robi to czasami.



Rycina 2. Stosowanie się do zaleceń terapeutycznych ankietowanych

Pacjenci z cukrzycą narażeni są na występowania powikłań. Aż u 62% pacjentów nieedukowanych rozpoznano retinopatię, u 46% – nefropatię, a 30% – neuropatię. U 20% pacjentów nieedukowanych występowała stopa cukrzycowa, a 16% z nich przebyło wcześniejszy udar mózgu i zawał serca (18%). W grupie pacjentów edukowanych jest znacznie mniej powikłań: 44% pacjentów potwierdziło, że ma retinopatię, 32% – nefropatię, 34% – neuropatię, u 8% rozpoznano stopę cukrzycową, u 6% osób wystąpił wcześniejszy udar mózgu, a tylko u 2% pacjentów wcześniejszy zawał serca.

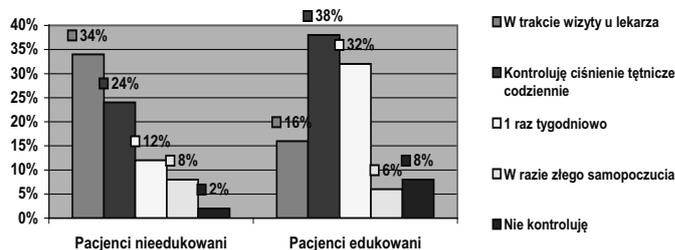


Rycina 3. Powikłania u pacjentów ankietowanych

Analiza masy ciała i wskaźnika BMI wykazała, że tylko 20% pacjentów nieedukowanych i 30% edukowanych ma prawidłową masę ciała. Stosownie 28% pacjentów nieedukowanych i 42% edukowanych ma nadwagę, 44% nieedukowanych i 24% edukowanych ma pierwszy stopień otyłości i 8% pacjentów nieedukowanych i 4% edukowanych ma otyłość stopnia drugiego.

Samokontrola

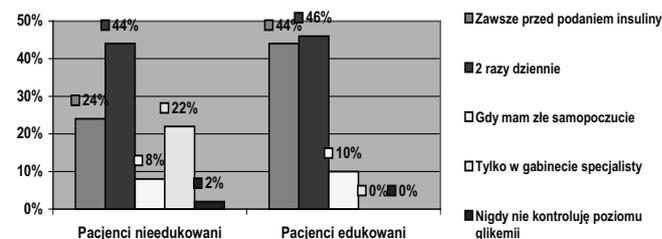
Aż 72% pacjentów z grupy edukowanych i 52% nieedukowanych kontroluje poziom swojego ciśnienia tętniczego. 34% pacjentów nieedukowanych przyznało, że kontroluje swoje ciśnienie tętnicze krwi tylko podczas wizyty u lekarza, 24% pacjentów kontroluje ciśnienie codziennie, 12% pacjentów 1 raz w tygodniu, 8% w razie złego samopoczucia. 2% respondentów nigdy nie kontroluje swojego ciśnienia. W grupie chorych edukowanych zaledwie 16% pacjentów edukowanych odpowiedziało, że kontroluje swoje ciśnienie tętnicze tylko w trakcie wizyty u lekarza, aż 38% pacjentów potwierdziło, że codzienne kontroluje swoje ciśnienie krwi, 32% pacjentów 1 raz w tygodniu, 6% pacjentów stwierdziło, że mierzy ciśnienie tylko w razie złego samopoczucia, a 8% nie robi tego w ogóle.



Rycina 4. Kontrola ciśnienia tętniczego wśród respondentów

Do regularnej kontroli cholesterolu i gospodarki lipidowej przynajmniej 92% chorych edukowanych i 68% nieedukowanych. U 36% pacjentów nieedukowanych poziom cholesterolu waha się między 150 a 200 mg/dl, u 34% pacjentów – między 200 do 250 mg/dl, a u 30% – między 250 do 300 mg/dl. Natomiast 38% pacjentów edukowanych odpowiedziało, że ma poziom cholesterolu od 150 do 200 mg/dl, połowa pacjentów od 200 do 250 mg/dl, a 12% – od 250 do 300 mg/dl.

Wszyscy pacjenci edukowani jednomyślnie odpowiedzieli, że kontrolują poziom cukru we krwi, natomiast w grupie pacjentów nieedukowanych robi to tylko 76%. Na pytanie o częstotliwość kontroli poziomu glikemii: 24% pacjentów nieedukowanych zadeklarowało, że kontroluje poziom cukru zawsze przed podaniem insuliny, 44% – że 2 razy dziennie, 8% ankietowanych pacjentów – gdy ma złe samopoczucie, 22% ankietowanych chorych tylko w gabinecie specjalisty. Na to samo pytanie wśród pacjentów edukowanych 44% odpowiedziało, że mierzy poziom cukru we krwi zawsze przed podaniem insuliny, 46% pacjentów 2 razy dziennie, a 10% ankietowanych – gdy ma złe samopoczucie, 0% ankietowanych – nigdy nie kontrolują poziomu glikemii.



Rycina 5. Częstotliwość kontroli poziomu cukru we krwi wśród ankietowanych chorych

Analiza jakości życia

Analiza jakości życia kwestionariuszem SF-36 wykazała wyższą jakość życia w zakresie wszystkich domen kwestionariusza w grupie pacjentów edukowanych. Stosownie w domenie PF (69,9 vs. 19,2), RP (39,5 vs. 7,25), BP (77,85 vs. 42,0), GH (73,8

vs. 35,6), VT (74,3 vs. 48), SF (80,75 vs. 50), RE (76 vs. 24), MH (76,48 vs. 53,28). Wszystkie wartości były istotne statystycznie (tab. 1). W grupie chorych z cukrzycą edukowanych w oddziale diabetologii zanotowano również istotne statystycznie wyższe wartości jakości życia w zsumowanej domenie zdrowia fizycznego (PCS) (55,34 vs. 29,11) i psychicznego (MCS) (76,76 vs. 69,44).

Tabela 1. Analiza jakości życia

Domeny kwestionariusza SF-36	Grupa edukowanych	Grupa nieedukowanych	Test istot.
PF (SF-36) średnia	69,9	19,2	0,017
RP (SF-36) średnia	39,5	7,25	0,012
BP (SF-36) średnia	77,85	42,0	0,041
GH (SF-36) średnia	73,8	35,6	0,046
VT (SF-36) średnia	74,3	48	0,049
SF (SF-36) średnia	80,75	50	0,001
RE (SF-36) średnia	76	24	0,001
MH (SF-36) średnia	76,48	53,28	0,008
PCS (SF-36) średnia	55,34	29,11	0,050
MCS (SF-36) średnia	76,76	69,44	0,001

DYSKUSJA

European Diabetes Policy Group już w latach 1998–1999 postawiło za najważniejszy cel leczenia – cukrzycy zapewnienie choremu długości i jakości życia porównywalnej z populacją osób zdrowych. Warunkiem osiągnięcia tego celu jest skuteczne realizowanie celów krótkoterminowych, do których przede wszystkim należy dobra kontrola metaboliczna cukrzycy. Niemożliwe jest osiągnięcie tych celów bez szeroko pojętych działań edukacyjnych. Wiele badań wskazuje na efektywność grupowej edukacji i jej przewagę nad tradycyjnym indywidualnym poradnictwem. Niewiele jest badań, które poruszają tematykę zorganizowanej szpitalnej edukacji diabetologicznej.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż pacjenci, którzy poddawani są działaniom edukacyjnym, znacznie lepiej oceniają jakość swojego życia niż pacjenci, którzy nie posiadają wiedzy na temat swojej choroby. Z badań własnych wynika, że w każdej z 8 domen kwestionariusza SF-36 pacjenci edukowani wyżej ocenili swoją jakość życia od pacjentów nieedukowanych. Badania własne pozostają w zgodzie z badaniami Korzon-Burakowskiej i wsp., gdzie po przeprowadzonej edukacji diabetologicznej na grupie chorych z cukrzycą leczonych insuliną uzyskano znamienne różnice w zakresie spadku i wzrostu glikemii na czczo oraz kontroli zdrowia, a także poprawy jakości życia po przeprowadzeniu edukacji [8].

O poprawie jakości życia pod wpływem edukacji zdrowotnej pisze w swojej pracy Pacyk i wsp., gdzie strukturyzowana edukacja grupowa, zapewniona przez poradnię diabetologiczną, istotnie poprawia stan psychoemocjonalny i poczucie jakości życia uczestników szkolenia [9].

Styl życia pacjentów poddanych edukacji znacznie różni się od stylu życia pacjentów nieedukowanych. Z własnych badań wynika, że pacjenci edukowani zdają sobie sprawę, że palenie papierosów czy picie alkoholu ma szkodliwy wpływ na zdrowie. W badaniach własnych grupa chorych na cukrzycę, którzy

poddawani byli edukacji zdrowotnej, zna prawidłowy sposób odżywiania, swoisty dla tej choroby, oraz częściej stosuje się do zaleceń diabetologa, niż pacjenci, którzy takiej edukacji nie byli poddawani. Z własnych obserwacji wynika, że przestrzeganie diety u pacjentów edukowanych jest bardziej restrykcyjne, dokładniej i częściej prowadzona jest samokontrola poziomów glikemii, ciśnienia tętniczego i cholesterolu. Praca własna pozostaje w zgodzie z wcześniej cytowanym badaniem Korzon-Burakowskiej, gdzie przeprowadzona edukacja skutkowała wprowadzeniem przez edukowanych pacjentów pozytywnych zachowań zdrowotnych związanych z prowadzeniem samokontroli oraz zmniejszeniem częstości hiper- i hipoglikemii na czczo [8].

Z własnych badań wynika, że pacjenci poddawani edukacji diabetologicznej mają znacznie mniej powikłań późnych. Większa liczba powikłań osób niepoddawanych edukacji zdrowotnej ma związek z rzadką kontrolą ciśnienia tętniczego krwi, sporadyczną kontrolą i brakiem wiedzy na temat prawidłowych wartości wagi ciała, brakiem regularnej kontroli poziomu cukru we krwi oraz niejednokrotnie unikaniem kontroli w specjalistycznych poradniach. W pracy Bajkowskiej-Fiedziukiewicz i wsp., dotyczącej częstości występowania powikłań u pacjentów z cukrzycą typu 2, uznano, że nadciśnienie tętnicze, otyłość i niewyrównane wartości glikemii są najczęstszą przyczyną powikłań [2].

Edukacja zdrowotna ma na celu nauczenie pacjenta dbania o własne zdrowie oraz ma pomagać dokonywać mu wyborów prozdrowotnych. Przygotowanie pacjenta do dalszego życia i dokonywania wyborów korzystnych dla zdrowia jest niezwykle ważne w cukrzycy typu 2 [10]. Z własnych badań wynika, że edukacja zdrowotna ogromnie wpływa na podnoszenie kompetencji jednostek w zmaganiu się z chorobą, poszerzaniu wiedzy na jej temat oraz na emocjonalne ustosunkowanie się do niej, związanych z nią problemów i możliwości przezwyciężania. Edukacja zdrowotna osiąga swój cel w momencie, kiedy pacjent nie tylko posiada wiedzę na temat swojej choroby, ale kiedy zmienia swoje postawy i nawyki na prozdrowotne, ponieważ sam bierze odpowiedzialność za swoje zdrowie. Uzyskanie dobrej kontroli cukrzycy i zaangażowania chorego w proces leczenia skutkuje wyższą oceną jakości życia. Badania własne pozostają również w zgodzie z badaniami Nadeau i wsp., gdzie regularna kontrola poziomu glikemii, edukacja pacjentów i wizyty w poradni diabetologicznej korelują z poprawą jakości życia [11]. Również w badaniach Wattana i wsp. potwierdzono pozytywny wpływ stosowania się do zaleceń terapeutycznych na ocenę QoL [12].

WNIOSKI

1. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2.
2. Edukacja zdrowotna wpływa pozytywnie na zwiększenie kontroli klinicznej chorych edukowanych oraz w stopniu zadowalającym na zmianę stylu życia.
3. Stosowanie ciągłej, systematycznej edukacji zdrowotnej prowadzi do znacznego zmniejszenia powikłań późnych wśród chorych na cukrzycę typu 2, a tym samym ogranicza konieczność hospitalizacji.
4. Edukacja zdrowotna powinna być stałym elementem leczenia chorych z cukrzycą typu 2.

BIBLIOGRAFIA

1. Korzeniowska K, Jabłeczka A. Cukrzyca (Część I). *Farm Współcz* 2008; 1: 231–235.
2. Bajkowska-Fiedziukiewicz A, Mikołajczyk-Swatko A, Cypryk K. Przewlekłe powikłania w populacji chorych na cukrzycę typu 2. *Przegl Menopauz* 2009; 3: 170–174.
3. Fabian W, Koziarska-Rościszewska M, Szymczyk I. *Cukrzyca*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
4. Bernas M, Szczeklik-Kumala Z. Znaczenie edukacji terapeutycznej w leczeniu chorych na cukrzycę. *Przew Lek* 2009; 2: 84–89.
5. Pietrzykowska E, Zozulińska D, Wierusz-Wysocka B. Jakość życia chorych na cukrzycę. *Pol Merk Lek* 2007; XXIII, 136: 311.
6. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
7. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiolog* 2009; 67: 1166–1169.
8. Korzon-Burakowska A, Adamska K, Skuratowicz-Kubica A, i wsp. Wpływ edukacji na parametry wyrównania cukrzycy i jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych insuliną. *Diabetol Prakt* 2010; 11, 2: 46–53.
9. Pacyk G, Grzeszczak W. Wpływ reformy systemu opieki zdrowotnej na jakość życia chorych na cukrzycę typu 2 leczonych w poradni diabetologicznej w latach 1999–2001. *Diabetol Dośw Klin* 2002; 2, 3: 205–209.

10. Lomper K, Rycombel A, Jankowska-Polańska B, i wsp. *Znaczenie edukacji zdrowotnej w jakości życia chorych na cukrzycę typu 2 – przegląd badań*. W: Uchmanowicz I, Rosińczuk-Tonderys J, red. *Problemy opieki nad chorym przewlekle*. Wrocław: MedPharm; 2012: 375–383.
 11. Nadeau J, et al. Teaching subject with type 2 diabetes how to incorporate sugar choices into their daily meal plan promotes dietary compliance and does not deteriorate metabolic profile. *Diabet Care* 2001; 24: 222–227.
 12. Wattana C, et al. Effects of a diabetes self-management program on glyemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2007; 9: 135–141.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-24

Praca wpłynęła do Redakcji: 9.11.2012 r.

Po recenzji: 20.12.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.12.2012 r.

NARZĘDZIA BADAWCZE DO OCENY JAKOŚCI ŻYCIA ZALEŻNEJ OD ZDROWIA (HRQOL – HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE)

Research tools for evaluating the Health Related Quality of Life

Marta Wleklík¹, Anna Uchańska¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska²

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQoL) zostało wprowadzone w 1990 r. przez Schipperę i wsp. Jest to koncepcja wielowymiarowa, która ściśle wiąże się w holistycznym podejściu do człowieka z definicją zdrowia sformułowaną przez WHO, mówiącą o zdrowiu jako pełnym dobrostanie fizycznym, psychicznym i społecznym. Od lat 90. ubiegłego wieku obserwuje się nieustanny rozwój badań nad jakością życia osób dotkniętych chorobami. Wśród metod stosowanych do badania i analizy jakości życia znajdują się metody jakościowe i ilościowe. Do technik ilościowych zalicza się badanie kwestionariuszowe umożliwiające samoocenę jakości życia. Istnieje możliwość zastosowania kwestionariuszy ogólnych i specyficznych. W pracy omówiono najczęściej stosowane kwestionariusze ogólne do badania jakości życia zależnej od zdrowia.

Słowa kluczowe: kwestionariusze, jakość życia zależna od zdrowia.

SUMMARY

The concept of quality of life in the conditioned state of health, HRQoL was introduced in 1990 by Schipper et al. as a multidimensional concept that is closely related to the holistic approach to human health with the definition formulated by the WHO as saying about health welfare full physical, mental and social. Since the 90 observed a continuous development of research on the quality of life of people affected by the disease. Among the methods used for testing and analyzing the quality of life includes qualitative and quantitative methods. In the study its is possible to use the general and/or specific questionnaires. The paper discusses the most commonly used questionnaires to survey the health related quality of life.

Key words: questionnaires, health related quality of life.

Pojęcie jakości życia w medycynie, HRQoL (ang. Health Related Quality of Life), czyli jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, zostało wprowadzone w 1990 r. przez Schipperę i wsp. i opisane jako: *funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta*. Wcześniej już w latach 40. ubiegłego wieku zajmowano się tą problematyką na gruncie nauk społecznych, a badania dotyczące jakości życia przeprowadził w latach 70. ubiegłego wieku, uważany za prekursora w tej dziedzinie, Campbell [1, 2]. W medycynie za prekursorów uważa się natomiast twórców skal pomiarowych stworzonych na potrzeby medyczne: Karnofskiego czy Katza [3].

HRQoL jest koncepcją wielowymiarową, uwzględniającą takie aspekty życia człowieka, jak: jego stan fizyczny, stan psychiczny, sytuację społeczną, warunki ekonomiczne czy obszar duchowy, przez co ściśle wiąże się w holistycznym podejściu do człowieka z definicją zdrowia sformułowaną przez WHO, mówiącą o zdrowiu jako pełnym dobrostanie fizycznym, psychicznym i społecznym. Przy WHO na skutek wzrostu zainteresowania jakością życia w medycynie została powołana w latach 90. ubiegłego wieku specjalna sekcja zajmująca się badaniami dotyczącymi jakości życia WHOQoL [3–5].

TECHNIKI BADANIA JAKOŚCI ŻYCIA

Wśród metod stosowanych do badania i analizy jakości życia znajdują się metody jakościowe i ilościowe. Techniki jakościowe są wieloczynnikowym sposobem oceny samopoczucia chorego, umożliwiającym jednocześnie szczegółową i wnikliwą analizę. Wymagają jednak zastosowania wielu narzędzi badawczych, przez co są pracochłonne, a ze względu na uzyskiwanie tylko niektórych wyników w postaci punktowej nie mogą być stosowane do badań porównawczych. Techniki ilościowe, do których zalicza się badania kwestionariuszowe, pozwalają przedstawić uzyskane wyniki w skali punktowej, co umożliwi porównywanie przeprowadzanych badań z badaniami dotyczącymi innych

grup pacjentów lub grupy kontrolnej osób zdrowych. Narzędzia badawcze do oceny jakości życia można podzielić na generyczne (ogólne) oraz swoiste (specyficzne) [2, 6, 7].

Kwestionariusze ogólne (*generic scales*) wykorzystuje się do globalnej oceny jakości życia w różnych jednostkach chorobowych wśród ludzi zdrowych, a także do analizy porównawczej. Nie uwzględniają one jednak informacji wynikających ze specyfiki danego schorzenia w przeciwieństwie do kwestionariuszy specyficznych (*disease or dimension specific*), które pozwalają na ocenę jakości życia w określonej jednostce chorobowej lub grupie schorzeń. Stosuje się je także do oceny zmian jakości życia na przestrzeni czasu, gdyż są one klinicznie bardziej czułe na zmiany w stanie zdrowia niż kwestionariusze ogólne. Nie pozwalają jednak na globalną ocenę jakości, są jednowymiarowe i cechują się mniejszym poziomem rzetelności i trafności w porównaniu z kwestionariuszami generycznymi.

Kwestionariusze specyficzne dzieli się na dwie grupy. Pierwsza kategoria (*domain – specific*) ocenia konkretne sfery funkcjonowania chorego, w których mogą zachodzić zmiany pod wpływem choroby i zastosowanego leczenia, druga kategoria natomiast (*disease – specific*) koncentruje się na czynnikach wynikających z samej jednostki chorobowej (*disease – specific*) [6, 8].

Warto zaznaczyć, że ocena jakości może być dokonywana w sposób obiektywny, przez osoby wchodzące w skład zespołu opiekuńczo-leczniczego czy też rodzinę, lub w sposób subiektywny, dokonywany przez pacjenta w oparciu o jego przeżycia czy poglądy. Ocena subiektywna, którą umożliwia badanie kwestionariuszowe, uważana jest jednak za najbardziej istotną w analizie jakości życia. Należy podkreślić, że samoocena jakości życia może ulegać zmianie w czasie i pod wpływem czynników obiektywnych [2, 9, 10].

Dobór odpowiedniego narzędzia badawczego powinien wynikać z wcześniej ustalonego celu badania, a także sytuacji klinicznej chorego. Kwestionariusze oceniające jakość życia muszą być wiarygodne pod względem podstawowych właściwości psychometrycznych i spełniać kryteria rzetelności, trafności, czułości [6].

PRZEGLĄD KWESTIONARIUSZY DO OCENY JAKOŚCI ŻYCIA.

Kwestionariusze ogólne

1. **Quality of Well-Being Scale (QWB)** – Skala Dobrego Samopoczucia, której autorami są Robert Kaplan i wsp. z University of California. Jest to narzędzie służące do oceny jakości życia w zakresie czterech domen: mobilności – MOB (ang. *Mobility Scale*), aktywności fizycznej – PAC (ang. *Physical Activity Scale*), aktywności społecznej – SAC (ang. *Social Activity Scale*) oraz symptomów – CPX (ang. *Symptom/Problem complexes*). Punktacja 0 po transformacji oznacza śmierć, natomiast 1.0 – bezobjawowe optymalne funkcjonowanie. QWB używana jest głównie do pomiaru wskaźnika jakości życia populacji i grup ludności. Dostępna w angielskiej wersji językowej [11].
2. **Nottingham Health Profile (NHP)** – Profil Zdrowia, którego twórcami są Hunt, Ewan i McKenn (1986). Jest ogólnym narzędziem stosowanym do pomiaru fizycznych, emocjonalnych i społecznych aspektów zdrowia. Umożliwia subiektywną ocenę jakości życia i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie, koncentruje się jednak na ocenie złego funkcjonowania chorego, nie uwzględniając jego dobrego samopoczucia. Składa się z dwóch części. Pierwsza, podstawowa, dotyczy aktualnie doświadczanych problemów i zawiera 38 prostych stwierdzeń z zakresu 6 wymiarów: mobilności fizycznej, bólu, izolacji społecznej, reakcji emocjonalnej, energii życiowej, snu. Część II (uzupełniająca, która nie musi być stosowana), złożona jest z 7 stwierdzeń, które dotyczą wpływu aktualnego stanu zdrowia na takie sfery życia, jak: życie społeczne w domu (relacje), życie domowe, życie seksualne, życie towarzyskie, praca zarobkowa, hobby, wypoczynek. Badani ustosunkowują się do każdego stwierdzenia przez zakreślenie „tak” albo „nie”. Uzyskane wyniki sumuje się (0–100 punktów), każdą część oddzielnie, wyższa punktacja oznacza gorszy poziom zdrowia. Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów, charakteryzująca najniższą ocenę jakości życia, wynosi 45. Jest to narzędzie rzetelne i trafne, stosowane w wielu krajach, dostępne również w polskiej wersji językowej [12].
3. **Short Form 36 (SF-36)** – stworzony przez Amerykanów, jest na całym świecie jednym z najczęściej stosowanych narzędzi do samooceny jakości życia różnych grup chorych i populacji ogólnych, przydatny także do przewidywania przebiegu choroby. Ponadto SF-36 spełnia minimalne standardy psychometryczne, niezbędne do przeprowadzania analizy porównawczej między grupą badaną i grupą kontrolną. Kwestionariusz zawiera 36 pytań, składających się na 8 wskaźników jakości życia: sprawność fizyczna – PF (ang. *Physical Functioning*), ograniczenia aktywności z powodu zdrowia fizycznego – RP (ang. *Role Physical*), dolegliwości bólowe – BP (ang. *Bodily Pain*), funkcjonowanie społeczne – SF (ang. *Social Functioning*), zdrowie psychiczne – MH (ang. *Mental Health*), ograniczenia aktywności z powodu problemów emocjonalnych – RE (ang. *Role Emotional*), witalność – VT (ang. *Vitality*), ogólna ocena stanu zdrowia – GH (ang. *General Health perceptions*). Po dodaniu komponentów fizycznych (PF, RP, BP, VT) uzyskuje się w pomiarze końcowym poziom aktywności fizycznej – PCS, natomiast po dodaniu komponentów umysłowych (SF, RE, MH, GH) – poziom aktywności umysłowej – MCS. Pytania w kwestionariuszu dotyczą 4 tygodni życia poprzedzających badanie. Sposób odpowiadania na poszczególne grupy pytań jest zróżnicowany: na trzy-, pięcio- i sześciostopniowej skali Likerta. Każdej odpowiedzi przypisana jest określona liczba punktów, przy czym wynik uzyskany w danej kategorii może wynosić od 0 do 100 punktów. Im mniej punktów uzyskanych, tym niższa jakość życia. Kwestionariusz SF-36 jest dostępny w polskiej wersji językowej [13].
4. **World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQoL-100)** – kwestionariusz stworzony przez sekcję zajmującą się badaniami jakości życia, działającą przy Światowej Organizacji Zdrowia. Stosowany jest w odniesieniu do różnych grup chorych i ogólnych populacji, w krajach o różnych kulturach, poziomach ekonomicznych i systemach opieki zdrowotnej. Składa się ze 100 pytań, które dotyczą 6 dziedzin życia: fizycznych aspektów funkcjonowania, psychologicznych aspektów funkcjonowania, poziomu niezależności, funkcjonowania społecznego, środowiska oraz duchowości/religijnych aspektów funkcjonowania. Polska wersja językowa WHOQoL-100 została przygotowana przez Jaracz i Wołowicką. Do oryginalnej wersji kwestionariusza dodano jedną podskalę, składającą się z 4 pytań dotyczących globalnej oceny jakości życia i stanu zdrowia [14].
5. **Sickness Impact Profile (SIP)** – Profil Wpływu Choroby opracowany został w Stanach Zjednoczonych w 1972 r. Umożliwia samoocenę stanu zdrowia oraz wpływ choroby na funkcjonowanie fizyczne, psychospołeczne i kategorię czynności niezależnych. Kwestionariusz zawiera 136 pytań, podzielonych na 12 kategorii: sen i wypoczynek, jedzenie, praca, obowiązki domowe, rekreacja i spędzanie czasu wolnego, poruszanie się, mobilność, higiena, interakcje społeczne, emocje, komunikacja, funkcje poznawcze. Respondenci pytani są o samopoczucie w chwili wypełniania ankiety, odpowiadają przez zakreślenie odpowiedzi „tak” lub „nie”. Wyniki wyrażone są w punktacji od 1 do 100 [15].

ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszej pracy było przedstawienie narzędzi badawczych umożliwiających ocenę i analizę jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Dokonanie wyboru właściwego narzędzia badawczego w oparciu o cel badania jest bardzo istotnym elementem, ponieważ pozwala prawidłowo zanalizować jakość życia ukazując tym samym rzeczywiste problemy chorych.

BIBLIOGRAFIA

1. Schipper H. Quality of life: principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol* 1990; 8, 2/3: 171–185.
2. Farnik-Brodzińska M, Pierzchała W. Znaczenie badań jakości życia w przewlekłych chorobach układu oddechowego w aspekcie holistycznego pojęcia medycyny. *Wiad Lek* 1998; 52: 7–8.
3. Wołowicka L, red. *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Akademia Medyczna; 2001.
4. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89: 467–470.
5. De Walden-Gałaszko K, Majkowicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
6. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Pielęgn* 2009; 17(2): 123–127.
7. Sokolnicka H, Mikuła W. Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. *Med Rodz* 2003; 3(4): 129–131.
8. Kłak A, Mińko M, Siwczynska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 632–638.
9. Trojanowska A. Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. *Zdr Publ* 2011; 121, 1: 99–103.
10. Dębska G. Badanie jakości życia pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Acta Pneumonol Allergol Pediatr* 2003; 6, 2: 39–42.
11. Kaplan RM, et al. The quality of well-being scale. *Med Care* 1989; 27: 1076–1083.
12. McEwen J, Hunt S, McKenna S. *A measure of perceived health: the Nottingham Health Profile*. In: Abellin T, Brzeziński ZJ, Carstairs VDI, eds. *Measurement in health promotion and protection*. Copenhagen: World Health Organization; 1987: 590–603.
13. Ware JE, Kosinski M, et al. *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.

14. The WHOQoL Group, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569 –1585.
15. De Jong W, et al. Quality of life in patients with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol* 1997; 23: 95–100.
-

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2012 r.

Po recenzji: 20.11.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.12.2012 r.

O CHIROPRAKTYCE SŁÓW KILKA. ALTERNATYWA DLA MEDYCYNY

Couple of words about chiropractic. Alternative for medicine

Max Paternoga, Joanna Urszula Paździur

Studenci kierunku fizjoterapii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: max.paternoga@yahoo.com

STRESZCZENIE

Chiropraktyka jest jedną z dziedzin medycznych o holistycznym modelu opieki nad pacjentem. Najbardziej rozpowszechniona jest w USA, ponieważ tam ta „sztuka leczenia” została stworzona, opracowana i rozwija się w tym kraju po dziś dzień. W Polsce jest stosunkowo nieznana, dlatego chcielibyśmy przybliżyć Czytelnikowi zakres jej działań i szerokie możliwości leczenia, które często błędnie są sprowadzane tylko do paramedycznego „kręgarstwa” lub nawet szamaństwa. W pracy wykazujemy, że zawód chiropraktyka ma głębokie podwaliny medyczne, obejmujące wiedzę z zakresu anatomii, fizjologii, patologii, technik manualnych, rehabilitacji, żywienia, higieny życia oraz zlecenia przeprowadzania i analizowania badań diagnostycznych. Bazuje na autoregulacji i samoleczeniu organizmu ludzkiego, nie korzystając tym samym z zabiegów chirurgicznych i środków farmaceutycznych, ale nie szczędząc ruchu, prawidłowego odżywiania, ziołolecznictwa i dbałości o samopoczucie pacjenta. Niestety w krajach europejskich działalność chiropraktyków jest znacznie mniejsza. Niekorzystanie w pełni, nawet w USA, z tego nowego sposobu leczenia wynika z monopolu medycyny prowadzonej przez lekarzy.

Słowa kluczowe: chiropraktyka, chiropraktyk, manipulacja, kręgosłup, samoleczenie.

SUMMARY

Chiropractic is one of the medical fields which provide a holistic care around the patient. It is mainly widespread in the United States because that's the place where this "art of healing" was created, developed and is improving in that country until today. In Poland it's relatively unknown and that's why we would like to familiarize the readers with its range of impact and wide possibilities of healing, which are often concerned to be only a paramedical "bone-setting" or even "shamanism". In article below we prove that chiropractic profession has strong medical foundations which include wide scope of knowledge in anatomy, physiology, pathology, manual medicine, rehabilitation, nutrition, hygiene of living and also commissioning, executing and analyzing diagnostic tests. Chiropractic is based on autoregulation and self-healing abilities of the human body and by the fact itself it does not use surgical procedures and pharmaceuticals but yet it does not spare activity, proper nutrition, herbalism and taking a good care about patients self-feeling. Unfortunately in the European countries chiropractic activity is smaller. Not fully using this way of healing, even in the United States, is a result of medical monopoly which is led by medical doctors.

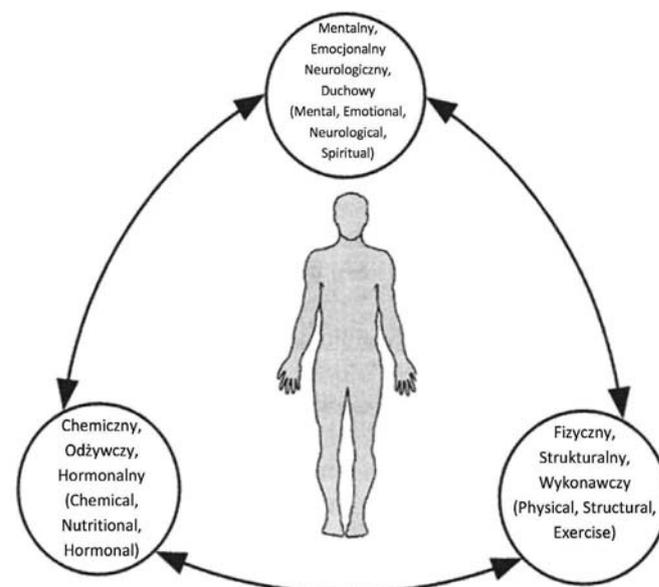
Key words: chiropractic, chiropractor, manipulation, spinal column, self cure.

CHIROPRAKTYKA I JEJ HISTORIA

Termin **chiropraktyka** wywodzi się z języka greckiego: *chiro* – ręka, *praktikos* – praktyka i określa stworzoną w USA pełnoprawną profesję medyczną. Najczęściej jest jednak mylnie uważana za kręgarstwo i zaliczana do zabiegów paramedycznych z pogranicza medycyny ludowej i alternatywnej. Jednak ma swoje źródła w naukach medycznych.

Ojcem chiropraktyki jest Daniel David Palmer, który wysunął hipotezę mówiącą o wyleczeniu chorób za pomocą manipulacji w obrębie kręgosłupa [1]. Założył on pierwszą na świecie szkołę chiropraktyki – Palmer School and Cure w 1897 r. w mieście Davenport w stanie Iowa, przemianowaną w latach późniejszych na Palmer College of Chiropractic [2]. Jego pierwszym pacjentem był woźny Harvey Lillard, który po urazie kręgosłupa stracił słuch na 17 lat. Po kilku zabiegach manipulacyjnych jego słuch powrócił [3]. Przed rokiem 1910 sztuka chiropraktyki opierała się na dogłębnym uznaniu złożonej natury zdrowia, a terapię skupiała wokół manipulacji kręgosłupa. D.D. Palmer podkreślał złożoną naturę zdrowia słowami: *Ludzkie ciało reprezentuje działanie trzech praw – duchowego, mechanicznego i chemicznego – połączone w jedność. Dopóki wszystkie trzy są idealnie zjednoczone, tak długo istnieje zdrowie* [4]. Dowodzi to holistycznego modelu opieki nad pacjentem, czego wcześniej nie zakładała żadna inna profesja medyczna w USA [5]. Te założenia stały się fundamentalne dla współczesnej chiropraktyki, która opiera się na **holistycznej „triadzie zdrowia”** (ryc. 1) [6]. Amerykańskie Stowarzyszenie Chiropraktyki (ACA) definiuje współczesnych doktorów chiropraktyki w następujący sposób: *Doktorzy chiropraktyki są lekarzami (physicians), którzy rozważają człowieka jako zintegrowaną istotę i kładą szczególną uwagę na aspekty fizjologiczne i biochemiczne wraz z ich relacjami strukturalnymi, kręgosłupowymi, mięśniowo-kostnymi, neurolo-*

gicznymi, naczyniowymi, żywieniowymi, emocjonalnymi i środowiskowymi [5].



Rycina 1. Wzajemny wpływ aspektów człowieka w chiropraktycznej „Triadzie zdrowia”. (Mutual influence of the human aspect in chiropractic „triad of health”)

Kolejnym ważnym aspektem chiropraktyki jest kładzenie nacisku na możliwości autoregulacji i samoleczenia organizmu ludzkiego [7]. Sytuacja prawna chiropraktyki od samego po-

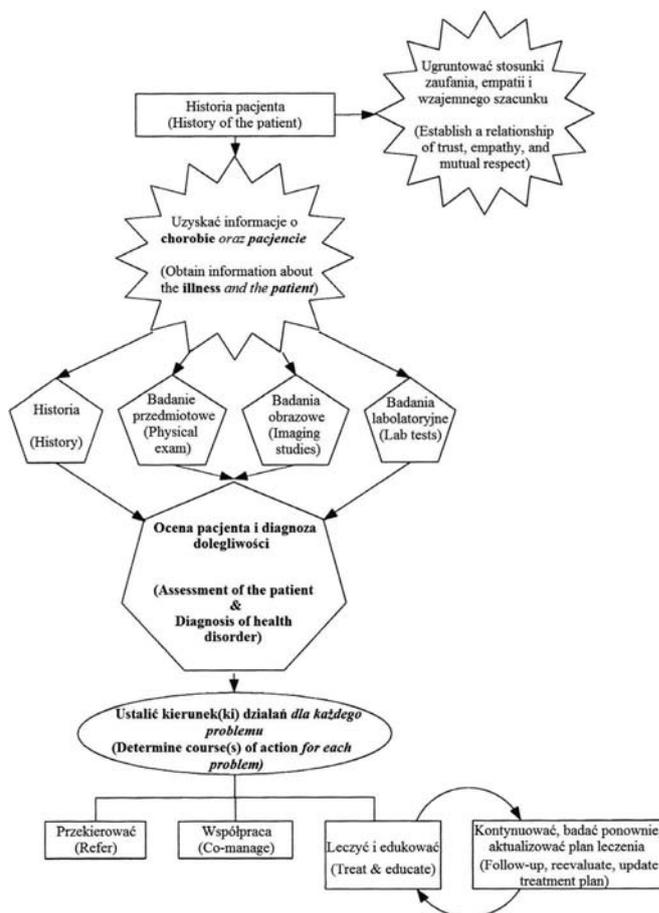
czątku jej bytu z racji monopolu medycyny na amerykańskim rynku opieki zdrowotnej była trudna. Zaraz na początku XX w. wielu chiropraktyków, włącznie z samym D.D. Palmerem, zostało aresztowanych za praktykowanie medycyny bez licencji. W odpowiedzi na zarzuty lekarzy, syn D.D. Palmera, Bartlett Joshua Palmer, nie zgodził się z oskarżeniami i stwierdził, że w odróżnieniu od typowej medycyny chiropraktycy nie diagnozują pacjentów, lecz ich analizują i raczej korygują podwichnięcie, niż leczą chorobę. Założył on Powszechne Stowarzyszenie Chiropraktyków (UCA), które świadczyło usługi prawne dla uwięzionych. Chiropraktycy rozpoczęli prowadzenie kampanii politycznych, by zalegalizować statut licencyjny chiropraktyka, co odniosło sukces we wszystkich 50 Stanach, kończąc na stanie Louisiana w 1974 r. Niestety członkowie Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (AMA) kontynuując działania przeciw chiropraktykom, fałszowali wyniki badań, manipulowali polityków, umniejszali rolę terapii manipulacyjnych, twierdząc, iż są to nienaukowe metody oraz zabraniali współpracy swoim towarzyszom z chiropraktykami [5]. Sprawa została przeniesiona na drogę sądową w 1988 r. W wyniku orzeczenia sędziego okręgowego Stanów Zjednoczonych Susan Getzendanner, każdy członek AMA zatrudniony czy współpracujący z tym stowarzyszeniem ma obowiązek (jeśli uzna za najlepsze w trosce o pacjenta) współpracować z chiropraktykiem. Dodatkowo lekarze zjednoczeni w AMA nie mają prawa bojkotować, konspirować przeciw, ani też ograniczać członków ACA, którzy są odrębną, pełnoprawną i licencjonowaną profesją medyczną [8].

SKŁADOWE CHIROPRAKTYKI

W oparciu o dane pochodzące z jednej z najlepszych uczelni realizujących program D.C (doktora chiropraktyki) [9] National University of Health Sciences, uczelni akredytowanej przez Council on Chiropractic Education (CCE) [10], w skład umiejętności absolwenta programu D.C wchodzi [11]:

- 1) **manualne nastawianie lub manipulacja kręgosłupa i innych stawów** – czemu w programie edukacyjnym służą przedmioty takie, jak np.:
 - a) anatomia poszczególnych części ciała (prowadzona w laboratoriach anatomicznych łącznie z sekcją zwłok wraz z embriologią i histologią danych części ciała);
 - b) neuroanatomia;
 - c) ocena (studenci uczą się zbierania wywiadu typowego dla danych części ciała, oceny tych struktur – palpacji tkanek miękkich i stawów, osłuchiwania, opukiwania, badania zakresu ruchu, badania ortopedycznego i neurologicznego) oraz postępowanie (obejmuje manipulacje tkanek miękkich i stawów) w obrębie:
 - miednicy, kręgosłupa lędźwiowego oraz jamy brzusznej,
 - głowy, szyi oraz kręgosłupa szyjnego,
 - kończyn,
 - klatki piersiowej i kręgosłupa piersiowego,
 - układu mięśniowo-szkieletowego,
 - układu nerwowego;
- 2) **zaawansowane techniki manipulacyjne** – przedmiot ten obejmuje badanie i leczenie metodami manipulacyjnymi całego szkieletu obwodowego i osiowego technikami takimi, jak np. techniki zgięciowo-rozciągające (*flexion-distraction* lub *Cox method*), techniki blokowania (*blocking techniques*) czy techniki regulacyjne wspomagane przyrządami (*instrument-aided adjustive techniques*). Omawiane są na nim również techniki, które mogą być wykorzystane do leczenia np. kolki, zespołu niespokojnych nóg, dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego (*TMJ syndrome*) czy przy zapaleniu ucha środkowego lub nadciśnieniu idiopatycznym.
- 3) **diagnostyka obrazowa i badania laboratoryjne** – są częścią całościowej oceny klinicznej pacjenta (ryc. 2) [12] i wykładane na przedmiotach:
 - a) anatomia radiologiczna prawidłowa i jej warianty (stu-

- denci, aby odróżnić fizjologię od patologii, uczą się prawidłowej anatomii radiologicznej, wariantów norm oraz anomalii, które imitują patologię. Często takie przypadki okazują się być unikatowymi wyzwaniem klinicznym);
- b) badanie fizykalne i laboratoryjne (informacje na temat procesu badań laboratoryjnych włącznie ze wskazaniem do ich przeprowadzenia, zebraniem i preparowaniem próbek, interpretacją i oceną wyników badań laboratoryjnych oraz spokrewnionymi technikami przechowywania dokumentacji. Przedmiot ten zawiera wytyczne powszechnych profili hematologicznych, **łącznie z technikami wklęć dożylnych**, chemii krwi, analizy moczu, stolca i płwociny. Część fizykalna natomiast obejmuje całościowe badanie pacjenta (*head-to-toe*);
- c) staż kliniczny (program nauki obejmuje zaawansowane procedury diagnostyczne, takie jak EMG, MRI, USG itd.);
- d) obrazowanie ortopedyczne układu mięśniowo-szkieletowego (przedmiot ten skupia się na powszechnych, zaawansowanych sposobach obrazowania używanych w prywatnej praktyce, odnosząc je do różnych stanów ortopedycznych, z którymi mogą zgłosić się pacjenci. Podczas zajęć powtarzane są także epidemiologia, patofizjologia oraz leczenie różnych jednostek ortopedycznych. Kładziony jest duży nacisk na obrazowanie wymagane do oceny stanów chorobowych, ich dotkliwości i monitorowania leczenia lub zapewnienia odpowiedniego skierowania);
- e) podstawy patologii (podczas nauki tego przedmiotu studenci zapoznają się z podstawowymi zmianami w morfologii komórek, tkanek i narządów w stanach chorobowych. Program obejmuje również dyskusje na temat generalnych charakterystyk, klasyfikacji i diagnostyki różnicującej cysty, nowotwory łagodne i złośliwe oraz inne jednostki nowotworowe);
- f) technologia i fizyka promieniowania (w nauczaniu przedmiotu wykładane są np. podstawy wytwarzania promieniowania rentgenowskiego, jego interakcji z materią, tworzenie obrazu i ochrona pacjenta);



Rycina 2. Schemat oceny klinicznej (Clinical assessment scheme).

- g) podstawy obrazowania w przypadku: klatki piersiowej, jamy brzusznej, stanów zapalnych stawów, urazów i nowotworów;
- h) pozycjonowanie i postępowanie radiologiczne (praktyczne aspekty obrazowania radiologicznego – pozycjonowanie pacjenta, techniki obliczeniowe, obsługiwane urządzenia, obróbka kliszy i innych etapów uzyskiwania zdjęć);
- 4) **poradnictwo żywieniowe oraz poradnictwo zdrowego stylu życia – wykorzystaniu tych umiejętności służą następujące przedmioty:**
- a) biochemia człowieka (badane są funkcje białek, węglowodanów i tłuszczu oraz ich reakcje w szlakach metabolicznych);
- b) biochemia żywności (na zajęciach omawiane są witaminy i minerały z naciskiem na ich biochemiczne zaangażowanie w szlakach metabolicznych i fizjologii);
- c) żywienie kliniczne (przedmiot ten oferuje podejście żywieniowe do zapobiegania i leczenia choroby z naciskiem na zachowanie zdrowia i homeostazy. Szczegółowo podawane są sposoby oceny żywienia pacjentów. Omawiane są jednostki chorobowe, takie jak np.: cukrzyca, schorzenia tarczycy i centralnego układu nerwowego czy stany dermatologiczne o podłożu infekcyjnym. Opisywane są również: detoksykacja wątroby, osłabienie nadnerczy – *adrenal stress syndrome* i podejście medycyny funkcjonalnej do wątroby, nadnerczy, tarczycy oraz układu pokarmowego);
- d) nauka o żywieniu i diecie (objaśnia podstawy odżywiania człowieka i podkreśla istotę dobrego stanu żywieniowego. Omawiane są: mikro- i makroelementy, ich wpływ na stan zdrowia oraz skutki przewlekłego niedoboru. Dostarczane są informacje o produkcji energii, jej bilansie oraz kontroli wagi. Tematyka wykładów obejmuje również zdrowie mężczyzn i kobiet, odżywianie sportowców w trakcie cyklu treningowego, procedury żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz wprowadzenie do nauki przygotowywania posiłków i ich podawania);
- 5) **medycyna botaniczna** – są to podstawy nauki o ziołach i farmakognozji (terminologia ziół, zasady farmakologii i leczenia ziołami oraz optymalizacja bezpieczeństwa, dawkowanie, przygotowywanie i standaryzacja). Podczas zajęć o tej tematyce wyjaśniana jest ekstrakcja i oczyszczenie składników aktywnych. Program przedmiotu obejmuje również zagadnienie dotyczące funkcji ziół dla utrzymania zdrowia i leczenia chorób oraz wzmacnianie układów w organizmie. Studenci przyswajają wiedzę na temat właściwości leczniczych 30 powszechnie stosowanych leków botanicznych używanych w zachodniej medycynie. W szczególności omawiane są: składniki aktywne, użyte części roślin, główne zastosowanie terapeutyczne, efekty uboczne, wskazania i przeciwwskazania, interakcje z lekami i innymi ziołami, dozowanie i toksyczność. Zioła przedstawiane są w kategoriach efektu terapeutycznego – *nervines* (leki działające na układ nerwowy) [13], *hepatics* *hepatics* (leki działające na wątrobę) [14], łagodzące itp.;
- 6) **rehabilitacja ruchowa:**
- a) rehabilitacja funkcjonalna – przepisywanie ćwiczeń – jest to przedmiot obejmujący naukę wzorców ruchowych, analizę chodu, wyznaczanie funkcjonalnych celów, stabilizację funkcjonalną i edukację poznawczo-behawioralną;
- b) rehabilitacja funkcjonalna – zaawansowana medycyna manualna – studenci uczą się różnorodnych technik leczenia schorzeń nerwowo-mięśniowo-szkieletowych. Techniki te obejmują np. manipulację tkanek miękkich, taping, mobilizację stawów, neuromobilizację czy sensoryczną stymulację motoryczną;
- 7) zarządzanie stresem – służą temu przedmioty, takie jak zależność doktor-pacjent czy psychopatologia i psychologia zdrowia;
- 8) **terapię tkanek miękkich i zarządzanie bólem** (odnosi się to do wszystkich zabiegów i terapii obejmujących zwalczanie bólu i działania na tkankach miękkich podczas studiów programu D.C.);
- 9) **terapia meridianowa i akupunktura;**
- 10) **naturalne terapie o podłożu naukowym promujące proces zdrowienia.**

Jak widać z zaprezentowanego programu nauczania, zakres działania chiropraktyka jest bardzo szeroki. Nie obejmuje on tylko zabiegów chirurgicznych oraz stosowania środków farmaceutycznych.

CHIROPRAKTYKA W EUROPIE

Mimo obszerności działań i wysokiej skuteczności leczenia chiropraktyka w Europie nie jest tak dobrze rozwinięta jak w USA. W krajach Europy zachodniej, takich jak Francja czy Anglia, występują niejednorodne studia wyższe licencjackie i magisterskie, które uprawniają do wykonywania tego zawodu. Zakres ich działań jednak nie jest tak bogaty jak ich kolegów po fachu zza oceanu. **W Polsce chiropraktyka jest jedną z metod terapii manualnych wykorzystywanych w procesie rehabilitacji medycznej.** Można ją umiejscowić na granicy masażu i kinezyterapii. Delikatnymi mobilizacjami na kościach: głowy, kręgosłupa, miednicy oraz kończyn górnych i dolnych, wspomaga prawidłowe funkcje układów nerwowego i hormonalnego, kontrolujących naturalne możliwości regeneracji organizmu [15]. **Chiropraktyk** jest osobą ze stosownym wykształceniem medycznym (lekarz bądź fizjoterapeuta) i chiropraktycznym (osoba po ukończeniu specjalistycznego kursu doszkalającego), który poświęca szczególną uwagę biomechanice kręgosłupa, układowi ruchowemu, nerwowemu i naczyniowemu oraz zwraca uwagę na sposób odżywiania się.

BIBLIOGRAFIA

1. Baer HA. Divergence and convergence in two systems of manual medicine: osteopathy and chiropractic in the United States. *Med Anthropol Q* 1897; 1: 176–193.
2. <http://www.web.archive.org/web/20080323072138/http://www.palmer.edu/history2.aspx?id=1110>.
3. Keating JC, Cleveland III CS, Menke M. *Chiropractic history: a primer*. Montezuma: Sutherland Companies; 2004, 3: 8–14.
4. Palmer DD. *The science, art, and philosophy, of chiropractic*. Portland: Portland Printing House Company; 1910: 107.
5. Vasquez A. *Chiropractic and naturopathic mastery of common clinical disorders*. Integrative and Biological Medicine Research and Consulting LLC; 2009, 1: 56–57.
6. Vasquez A. *Chiropractic and naturopathic mastery of common clinical disorders*. Integrative and Biological Medicine Research and Consulting LLC; 2009, 2: 131.
7. *National University of Health Sciences. Bulletin 2011–2012*. Lombard, National University of Health Sciences; 2011, 2: 46.
8. Vasquez A. *Chiropractic and naturopathic mastery of common clinical disorders*. Integrative and Biological Medicine Research and Consulting LLC; 2009, 2: 63–64.
9. <http://www.nuhs.edu/about-us/our-profile/our-performance/board-score-performances/>.
10. http://www.cce-usa.org/Accredited_Doctor_Chiro.html.
11. *National University of Health Sciences. Bulletin 2011–2012*. Lombard, National University of Health Sciences; 2011, 2: 83–97.
12. Vasquez A. *Chiropractic and naturopathic mastery of common clinical disorders*. Integrative and Biological Medicine Research and Consulting LLC; 2009, 1: 7.
13. Hobbs C. Herbal nervines. http://www.healthy.net/Health/Article/Herbal_Nervines/950.
14. Hoffmann DL. Hepatics. <http://www.healthy.net/scr/article.aspx?Id=1480>
15. <http://www.szkola-chiropraktyki.torun.pl>.

Adres do korespondencji:

Max Paternoga
ul. Pasiczna 7
34-700 Rabka-Zdrój
E-mail: max.paternoga@yahoo.com
Tel.: 506 192-944

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2012 r.

Po recenzji: 5.10.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 28.12.2012 r.

Wydawnictwo Continuo poleca



Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego

pod redakcją Renaty Jabłońskiej i Roberta Ślusarza

ISBN 978-83-62182-25-1

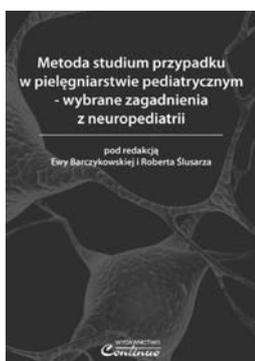
2012, B5, s. 248

cena 44 zł

Jednostki chorobowe obejmujące nerwowy układ centralny, jak i obwodowy występują równie często, jak choroby innych układów. Dotyczy to zarówno ostrej fazy powstania choroby, jak i późniejszych powikłań. Stąd wczesna profilaktyka, leczenie ostrej fazy oraz zasady stosowanej pielęgnacji pacjentów ze schorzeniami układu nerwowego są niezmiernie ważnym elementem ratowania życia ludzkiego, zapobiegania inwalidztwu, jak i umożliwienia jak najszybszego powrotu do zdrowia.

Na tym tle rysuje się specyficzna rola pielęgniarki neurologicznej i neurochirurgicznej. Do działań przez nią realizowanych, oprócz doświadczenia, konieczna jest ogromna wiedza, ustawicznie uaktualniana, zgodnie ze zmieniającymi się standardami terapeutycznymi.

Publikacja składa się z dwóch części: neurologicznej – opisującej zagadnienia kliniczne chorób układu nerwowego leczonych zachowawczo, a w poszczególnych rozdziałach diagnozę i interwencje pielęgniarstwa, i ich uzasadnienie w odniesieniu do pacjentów po udarze mózgu, z padaczką, stwardnieniem rozsianym, chorobą Alzheimera, Parkinsona, z miastenią, stwardnieniem zanikowym bocznym i z infekcją ośrodkowego układu nerwowego oraz neurochirurgicznej – opisującej analogicznie zagadnienia kliniczne chorób układu nerwowego leczonych operacyjnie oraz problemów pielęgnacyjnych pacjentów po urazie czaszkowo-mózgowym, rdzenia mózgu, z guzem mózgu, guzem kanału kręgowego, krwawieniem podpajęczynówkowym, niedomogą kręgosłupa i wodogłowiem.



Metoda studium przypadku w pielęgniarstwie pediatrycznym – wybrane zagadnienia z neuropedii

Ewa Barczykowska, Robert Ślusarz

ISBN 978-83-62182-28-2

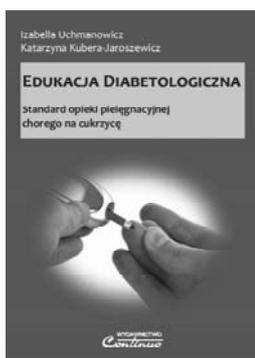
2012, B5, 162 s.

cena 39 zł

Publikacja jest adresowana do szerokiego grona praktykujących pielęgniarek i położnych, pielęgniarek-badaczy oraz nauczycieli pielęgniarstwa.

Składa się z dwóch części. Pierwsza, ogólna, zawiera uzasadnienie zastosowania metody studium przypadku jako metody badawczej oraz opis udziału pielęgniarki w diagnozowaniu i farmakoterapii dzieci ze schorzeniami neurologicznymi. Druga, szczegółowa, w której przedstawiono za pomocą studium przypadku następujące wybrane jednostki chorobowe: alkoholowy zespół płodowy, drgawki gorączkowe u dzieci, encefalopatię niedotlenieniowo-niedokrwienią u noworodków, guz tyłnej jamy czaszki, udar niedokrwienności i zespół Guillaina-Barrégo.

Z uwagi na swoją dużą wartość merytoryczną i praktyczną przedstawione zagadnienia mogą zostać z powodzeniem wykorzystane zarówno w praktyce zawodowej, jak również w nauczaniu studentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa, a także w szkoleniu podyplomowym w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego, neurologicznego, neonatologicznego i rodzinnego.



Edukacja diabetologiczna

Standard opieki pielęgnacyjnej chorego na cukrzycę

Izabella Uchmanowicz, Katarzyna Kubera-Jaroszewicz

ISBN 978-83-62182-22-0

2012, B5, 116 s.

cena 38 zł

Cukrzyca, zwana także dżumą XXI w., stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych współczesnej medycyny. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza liczba chorych na świecie wzrosła 6-krotnie.

Znaczące miejsce w kompleksowej terapii cukrzycy, poza głównymi formami jej leczenia (farmakoterapią, dietą, wysiłkiem fizycznym), zajmuje również edukacja. Ma ona na celu nie tylko wdrożenie chorych w samoopiekę i samokontrolę, a także przekazanie im i ich rodzinom wiedzy na temat zachowań zdrowotnych oraz przygotowanie do świadomej i efektywnej współpracy z zespołem leczącym, w którego skład wchodzi: lekarze diabetolodzy lub interniści mający doświadczenie z zakresu diabetologii, pielęgniarki przeszkolone w tym zakresie, osoby prowadzące edukację pacjentów, dietetycy, lekarze specjaliści (konsultanci), psychologowie, a także lekarze podstawowej opieki medycznej.

Właściwie przeprowadzona edukacja pozwoli pacjentowi wypracować optymalny kompromis między ograniczeniami wprowadzanymi przez chorobę a sposobem życia możliwym do zaakceptowania przez niego.

Głównym celem niniejszej publikacji było opracowanie projektu standardu opieki pielęgniarstwa realizowanej wobec pacjenta chorego na cukrzycę w odniesieniu do „Zaleceń klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę – 2011” opublikowanych przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne.

Przedstawione informacje dotyczące teoretycznych i praktycznych problemów, jakie pojawiają się w opiece nad chorym na cukrzycę, porządkują wiedzę na ten temat i wskazują jej najważniejsze elementy.

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości unicestwienia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracą do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuć nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączonej ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

INFORMACJE SZCZEGÓLOWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU

PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z piśmie przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe *.DOC i *.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: *.BMP, *.GIF, *.TIF, *.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

MASZYNOPSIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopsisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, piśmie wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście piśmie półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
 - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
 - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
 - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
- adres, na jaki Autor życzy otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.

6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

TABELE

Tabele należy nadesłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej kartce formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie do rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej kartce. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

SKRÓTY I SYMBOLE

Należy używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodnie z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numer strony, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr.* 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone są adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych):
- Iverson C, Flanagin A, Fontanarosa PB, i wsp. *American Medical Association manual of style.* 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W.”: nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”:
- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. *Zwężenie zastawki aortalnej.* Gdańsk: Via Medica; 2002. p.1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.