

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA LZDZ w LEGNICY

**ACTA SCHOLAE SUPERIORIS
MEDICINAE LEGNICENSIS**

Nr 4/2008

Seria: Prace dyplomowe (4)

PRACA ZBIOROWA

**Koncepcja pracy pielęgniarki w środowisku
pracy, nauki, wychowania oraz rodzinnym**

LEGNICA 2008

Zespół redakcyjny serii:

dr Jolanta Bielawska
mgr Małgorzata Modl
mgr Danuta Wałęga-Szych
doc. dr Adam Klar
doc. dr Ryszard Pekała
mgr Aleksander Pekała

Redaktor tomu:

dr Jolanta Bielawska

SPIS TREŚCI

Słowo wstępne.....	4
Ireneusz Fabian Hajduk: <i>Wiedza na temat HIV/AIDS wybranych grup zawodowych pielęgniarek i nauczycieli.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	5
Renata Krawczuk: <i>Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży Gimnazjum Nr 1 w Zgorzelcu.</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	15
Anna Sinica: <i>Rola grup wsparcia i społeczności terapeutycznych w procesie resocjalizacji osób uzależnionych od narkotyków (studium przypadku).</i> (Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras).....	29
Barbara Owsianka: <i>Rola pielęgniarki szkolnej w zapobieganiu oraz zwalczaniu nadwagi i otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej (na przykładzie Gimnazjum w Zawidowie).</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar).....	41
Róża Skubicka: <i>Udział pielęgniarki w profilaktyce uzależnień nadciśnienia tętniczego.</i> (Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła).....	65
Alina Bielecka: <i>Rola pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium.</i> (Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba)	79
Anna Kaczmarska: <i>Nadzór nad uciążliwościami pracy na wybranych stanowiskach pracy w Kuźni Jawor (z punktu widzenia pielęgniarki).</i> (Promotor: doc. dr nauk ekon. Adam Klar).....	87
Aneta Boryczewska: <i>Epidemiologia występowania depresji w oparciu o dane statystyczne Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu.</i> (Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl).....	105
Bożena Jakubowska: <i>Problem bólu w praktyce pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej.</i> (Promotor: prof. dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec).....	117

Słowo wstępne

Niniejszy tom jest czwartym z kolei wyborem prac licencjackich, które zostały napisane w ramach realizacji projektu nr Z/2.02/II/2.1/2/06 „Studia pomostowe dla dolnośląskich pielęgniarek” – zgodnie z priorytetem 2 – Wzmocnienie rozwoju zasobów ludzkich w regionach, oraz Działaniem 2.1 – Rozwój umiejętności powiązany z potrzebami regionalnego rynku pracy i możliwości kształcenia ustawicznego w regionie.

Tom ten zawiera dziewięć wybranych prac licencjackich, w których autorzy przedstawiają różne aspekty pracy pielęgniarki w środowisku pracy, nauki, wychowania oraz rodzinnym. W pracach tych przedstawiona jest rola pielęgniarki w różnych środowiskach:

- w szkole. Rolę pielęgniarki szkolnej w zapobieganiu i zwalczaniu nadwagi i otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej przedstawia w swojej pracy p. Barbara Owsianka, natomiast badaniem zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej zajęła się w swojej pracy p. Renata Krawczuk;
- w zakładzie pracy. W swojej pracy p. Anna Kaczmarska przedstawiła zadania i rolę pielęgniarki w zakresie nadzoru nad uciążliwościami pracy w jednym z dużych zakładów przemysłowych;
- w domu pacjenta. Tutaj na uwagę zasługuje praca p. Róży Skubickiej przedstawiająca zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania pacjenta z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki, a także modyfikacji dotychczasowego stylu życia. Kolejną godną uwagi pracę przedstawiła p. Bożena Jakubowska, omawiająca problem bólu w praktyce pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej;
- w środowisku. Rolę grup wsparcia i społeczności terapeutycznych w procesie resocjalizacji osób uzależnionych od narkotyków przedstawia p. Anna Sinica. Badaniem wiedzy pielęgniarek i nauczycieli na temat wirusa HIV i choroby AIDS zajął się w swojej pracy p. Ireneusz Fabian Hajduk.

Pozostałe dwie prezentowane w tym tomie prace dotyczą problemu depresji. Jedną z tych prac (jej autorką jest p. Aneta Boryczewska) przedstawia epidemiologię występowania depresji w okresie 2001-2007 na obszarze działania jednego z dolnośląskich szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych. Z kolei p. Alina Bielecka w swojej pracy omawia rolę pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium (chodzi o opiekę zarówno podczas pobytu pacjentki w szpitalu, jak i w trakcie jej rehabilitacji w warunkach domowych).

Z uwagi na ograniczoną wielkość tomu oraz z chęci przedstawienia jak największej liczby autorów, publikowane tutaj są jedynie fragmenty prac. Z tego też względu pominięto spisy treści oraz wykazy bibliograficzne, pominięto też odnośniki.

Ireneusz Fabian Hajduk

Wiedza na temat HIV/AIDS wybranych grup zawodowych pielęgniarek i nauczycieli

Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce i na świecie

Zakażenia HIV stwierdzono w 150 krajach świata. Liczba zakażonych (dane szacunkowe) wynosiła w połowie lat 90 około 20 milionów (około 18 milionów dorosłych i 1,5 miliona dzieci). Według Światowej Organizacji Zdrowia do roku 2000 na świecie może być zakażonych od 30 do 40 milionów ludzi. Rozprzestrzenianie zakażenia i drogi szerzenia się HIV mają regionalną specyfikę.

W Europie Zachodniej, Ameryce Północnej, Australii, Nowej Zelandii, w Afryce Południowej przeważają zakażenia wśród homoseksualistów i narkomanów. W Afryce Centralnej, Wschodniej i w części Wysp Karaibskich – wirus szerzy się przez kontakty heteroseksualne. W krajach Afryki Centralnej odsetki zakażonych sięgają kilku procent, a wśród prostytutek od kilku do przeszło 80%. W Azji Południowej i Południowo-Wschodniej nastąpił w ostatnich latach gwałtowny wzrost zakażeń na drodze heteroseksualnej.

Przedstawiane w literaturze dane o częstości zachorowań na AIDS w różnych obszarach świata są danymi szacunkowymi, ponieważ rejestracja przypadków nie jest pełna. Dotyczy to zwłaszcza krajów tzw. trzeciego świata, lecz nie tylko. Także w krajach gospodarczo rozwiniętych występują różnice pomiędzy danymi oficjalnymi a zgłoszeniami. Ocenia się, że w rzeczywistości chorych jest trzykrotnie więcej. Najgorsza zgłaszalność jest z terenu Afryki Środkowej.

W regionie europejskim 83% ogółu chorych na AIDS stanowią mężczyźni, a 17% - kobiety. W wieku pomiędzy 30 a 39 lat znajdowało się 41% chorych.

Wśród chorych mężczyzn rozkład odsetkowy w zależności od źródła zakażenia przedstawiał się następująco:

- homo- i biseksualiści: około 46%;
- narkomani uzależnieni od preparatów dożylnych: 36%;
- zakażeni drogą kontaktów heteroseksualnych: ponad 8%.

Te same dane dotyczące kobiet kształtowały się jak poniżej:

- narkomani uzależnieni od preparatów dożylnych: 53,9%;
- kontakty heteroseksualne: 34%.

Sytuacja epidemiologiczna w Polsce jest o wiele korzystniejsza aniżeli w krajach zachodniej, północnej i południowej Europy. Wynika to z faktu późniejszego rozwoju epidemii na terenie naszego kraju i wskazuje na możliwość szybkiego narastania liczby zakażonych. Poważnym problemem jest wysoki odsetek osób HIV+ należących do grupy uzależnionych od środków narkotyzujących stosowanych dożylnie. Jest to rezerwuuar zakażeń szerzących się zarówno w obrębie grup narkomanów, jak i przenoszonych poza ich obręb. Dotyczy to kontaktów przede wszystkim heteroseksualnych.

Spoleczne problemy HIV/AIDS

AIDS spowodował poważny kryzys w świadomości społecznej. Nie został on do dziś całkowicie przezwyciężony. Jego źródła można ująć następująco:

- zakażenie HIV naznaczone jest stygmatem związanym ze sferą życia intymnego. Jest ona szczególnie chroniona, co jest podstawowym prawem osoby ludzkiej. Odniesienia do chorób przenoszonych drogą płciową są tu oczywiste. Jednak jeśli chodzi o dotychczas występujące choroby z tej grupy (kiła, rzeżączka etc.), od czasu uzyskania możliwości ich leczenia przy zastosowaniu środków przeciwbakteryjnych, lęk przed nimi wyraźnie się zmniejszył. Zakażenie HIV nie poddaje się ostatecznemu, skutecznemu leczeniu, znalazło się więc w innej strefie ocen, aniżeli choroby weneryczne;
- istnienie zagrożenia, które jawi się jako wyjątkowo podstępne, budzi lęk o podłożu irracjonalnym. Było ono i jeszcze bywa źródłem ostrych reakcji skierowanych przeciwko prawdziwym i potencjalnym nosicielom HIV. Wyzwała objawy nietolerancji. Były one lub nadal są demonstrowane wobec przedstawicieli tych grup, które określano jako grupy zwiększonego ryzyka na zakażenie. Osoby przejawiające takie zachowania nie uświadamiają sobie najczęściej, że problem zakażenia HIV może dotyczyć abstrakcyjnych „obcych”, lecz także ich bliskich. Jednocześnie ulegają złudzeniu, że odcinanie się od zakażonych czy tylko potencjalnie bardziej na nie narażonych, spowoduje wymazanie problemu z pola widzenia; powinni się tym zajmować fachowcy, a zakażonych należy izolować – taki jest tok myślenia ludzi wykazujących cechy braku tolerancji. Jednocześnie ten typ postaw nie koresponduje z zasadami wyznawanego przez większość światopoglądu, nakazującego niesienie pomocy bliźniemu w potrzebie. Owo rozchodzenie się deklaracji z praktyką świadczy o zwerbalizowanym charakterze zasad, które nie są spontanicznie przekładane na postawy życiowe;
- szczególnie jaskrawo przejawy niechęci, mniej lub bardziej ujawnionej odmowy pomocy, były postrzegane wówczas, gdy dotyczyło to pracowników służby zdrowia. Pozostawało to bowiem w jaskrawej sprzeczności z samymi podstawami etycznymi wykonywania zawodów medycznych. Losy zakażonych świadczą o tym, iż ujawnienie tego faktu może pozbawić człowieka jego statusu społecznego (co wyraża się w bardzo wielu aspektach), także pracy. Fakt zakażenia może być ukrywany w obawie przed odtrąceniem społecznym, jest to reakcja obronna;
- decyzje o charakterze politycznym, takie jak odmowa udzielenia wiz wjazdowych osobom zakażonym HIV, żądanie przedstawienia wyników badań anty-HIV w staraniach o

pobyt w danym kraju etc., powodują, że opinia społeczna może uważać, iż skoro wydaje się takie przepisy, widocznie jest to uzasadnione. Paradoksalnie, kierują się tym np. władze USA, a więc kraju o względnie wysokich wskaźnikach zapadalności na AIDS.

Opisywane tu zjawiska są charakterystyczne dla regionów, w których zakażenie HIV i AIDS są rozpoznawane dopiero od niedawna. W miarę upływu czasu dochodzi do pewnej racjonalizacji zachowań. Oto niektóre z nich:

- w krajach, w których prowadzi się systematyczne działania informacyjne, do świadomości społecznej dociera podstawowy fakt, iż ryzyko zakażenia jest związane z osobistymi zachowaniami jednostek. Ograniczenie szerzenia się zakażeń wymaga dyscypliny w postępowaniu w życiu prywatnym, a także akceptacji, niezależnie od osobistych przekonań, możliwości używania przez nich takich środków ochrony, jakimi są prezerwatywy. Nieporozumienie polega na tym, że przeciwnicy informowania o skuteczności tego rodzaju barier mechanicznych wychodzą z założenia, że zachowania ludzkie można zmienić wyłącznie poprzez perswazję i odwoływanie się do wartości nadrzędnych;
- dotknięci HIV stworzyli wpływowe organizacje walczące o ich prawa. Charakterystyczna jest tu zmiana określenia: zamiast „zakażony HIV”, używa się powszechnie o wiele lepiej oddające sytuację określenie: „żyjący z HIV”. Stowarzyszenia te starają się zarówno wspomagać swoich członków, jak i reprezentować ich na zewnątrz wobec problemów natury prawnej, medycznej;
- niezwykle znaczenie ma samorzutne ujawnianie się osób znanych szerokim kręgiem społecznym, że są nosicielami;
- przeważa przekonanie, iż w edukacji szkolnej problematyka HIV/AIDS nie może być oddzielona od wiedzy na temat życia seksualnego w procesie wychowania ku odpowiedzialności za życie własne i innych. Tylko taki model ma szansę pełnić swoją rolę kreującą osobowość młodego człowieka.

Metodologiczne podstawy badań

Celem głównym pracy jest ustalenie wiedzy na temat HIV/AIDS wśród nauczycieli i pielęgniarek. W celu rozwiązania głównego problemu badawczego zredagowałem następujące problemy szczegółowe:

Jaką wiedzę na temat HIV/AIDS posiadają nauczyciele i pielęgniarki oraz czy poziom wykształcenia i wykonywany zawód ma wpływ na tą wiedzę?

Czy staż pracy ma wpływ na wiedzę o HIV/AIDS?

Czy wiek ma wpływ na wiedzę o HIV/AIDS?

W pracy posłużono się metodą badań ankietowych według samodzielnie opracowanej ankiety. Kwestionariusz ankiety zastosowany w badaniach składa się z 24 pytań dotyczących: dróg szerzenia się wirusa HIV; objawów przebiegu zakażenia i choroby AIDS; profilaktyki zakażeń wirusem HIV; postępowania wobec żyjących z HIV; przebiegu choroby AIDS.

Wywiadem objęto 50 nauczycieli i 50 pielęgniarek; wszyscy respondenci zostali wybrani drogą losową. Badania objęły nauczycieli szkoły podstawowej i szkół średnich oraz pielęgniark

ki z oddziałów anestezjologicznego, hematologicznego i internistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy. Były to pielęgniarki odcinkowe – pracujące bezpośrednio z chorymi, oraz pielęgniarki oddziałowe – sprawujące nadzór nad pracą personelu w oddziale. Wśród osób ankietowanych 40 pielęgniarek posiada wykształcenie średnie medyczne, 10 pielęgniarek posiada wykształcenie wyższe oraz 15 legitymuje się specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa: anestezjologicznego, internistycznego lub zachowawczego.

Badania zostały przeprowadzone we wrześniu i październiku 2007 roku. Osoby ankietowane (nauczyciele i pielęgniarki) zostały poinformowane o celu przeprowadzenia badań oraz zapewnione o ich anonimowości. Dla uzyskania materiału empirycznego poproszono badanych o rzetelne wypełnienie kwestionariusza ankiety. Ponadto na drodze losowej wybrano po 10 osób z każdej z grup, z którymi najpierw przeprowadzono wywiad.

Każde pytanie było punktowane - prawidłowa odpowiedź otrzymywała jeden punkt. Przyjęto trzystopniową skalę w odniesieniu do wiedzy:

- poziom wiedzy wysoki (24-22 punkty);
- poziom wiedzy średni (21-17 punktów);
- poziom wiedzy niski (16 punktów i mniej).

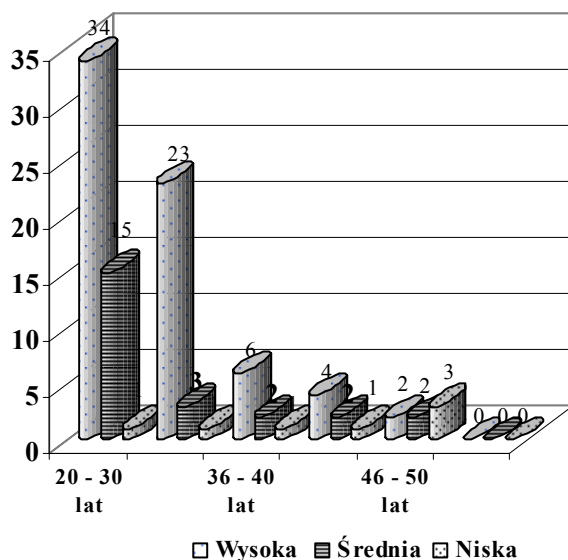
Analizując ankietę dotyczącą wiedzy o HIV/AIDS stwierdzono, że żaden z respondentów nie wypełnił ankiety bezbłędnie. Wśród wszystkich pytań najczęściej błędnych odpowiedzi udzielono na pytanie „**Czy dziecko kobiety chorej na AIDS może urodzić się zdrowe?**”. Większość nauczycieli podała błędną odpowiedź. Wśród pielęgniarek błędnych odpowiedzi było mniej.

Przed badaniami ankietowymi przeprowadzono wywiad. W tym przypadku posłużono się kwestionariuszem wywiadu zawierającym 12 pytań na temat wiedzy o HIV/AIDS. Na drodze losowej wybrano 10 nauczycieli i 10 pielęgniarek. Wśród wszystkich pytań najczęściej błędnych odpowiedzi udzielono na pytanie „**Co to są zakażenia oportunistyczne?**”. Wśród pielęgniarek na to pytanie 8 odpowiedziało prawidłowo, natomiast wśród nauczycieli - tylko 4 osoby. Dużo trudności sprawiło pytanie „**Co to jest pelnoobjawowy AIDS?**”; 7 pielęgniarek i 6 nauczycieli odpowiedziało poprawnie.

Wyniki badań

Badając wpływ wieku na wiedzę o HIV/AIDS nauczycieli i pielęgniarek stwierdzono, że wiek respondentów ma bardzo duży wpływ na tę wiedzę. Wysoką wiedzę wykazało 69% badanej populacji; średnią – 24%, natomiast niską wiedzę wykazało 7%, przy czym wysoką wiedzą charakteryzują się głównie ludzie młodszy wiekiem (20-30 lat).

Wpływ wieku respondentów na wiedzę o HIV/AIDS



Dokonano również oceny wpływu wykształcenia na wiedzę nauczycieli o HIV/AIDS.

Tabela. Wpływ wykształcenia na wiedzę o HIV/AIDS

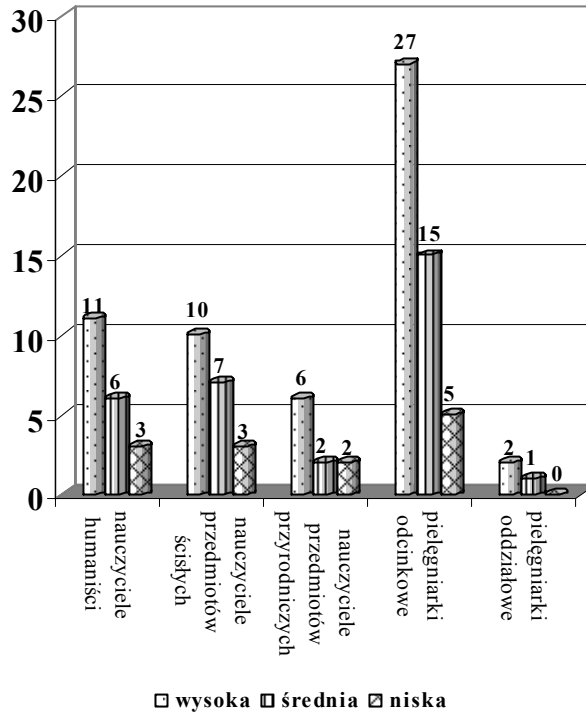
wiedza	wykształcenie			razem:
	podyplomowe	wyższe	średnie	
wysoka	4	37	26	67
średnia	1	17	8	26
niska	1	2	4	7
razem:	6	56	38	100

Analiza danych z badania wpływu wykształcenia na wiedzę o HIV/AIDS pozwala stwierdzić, że wykształcenie ma wpływ na tę wiedzę: 67% badanych posiada wiedzę wysoką, 26% posiada wiedzę średnią a 7% badanych respondentów – wiedzę niską. Ankietowani

z wykształceniem podyplomowym wykazują się: wiedzą wysoką w 66,66%, wiedzą średnią w 16,66%, wiedzą niską w 16,66%. Respondenci z wykształceniem wyższym posiadają następującą wiedzę: wysoką w 66,07%, średnią w 30,35%, niską w 3,57%. Badani ankietowani z wykształceniem średnim posiadają wiedzę wysoką w 68,42%, wiedzę średnią w 21,05% oraz niską w 10,52%.

Zbadano również wpływ zawodu (specjalności) na wiedzę o HIV/AIDS.

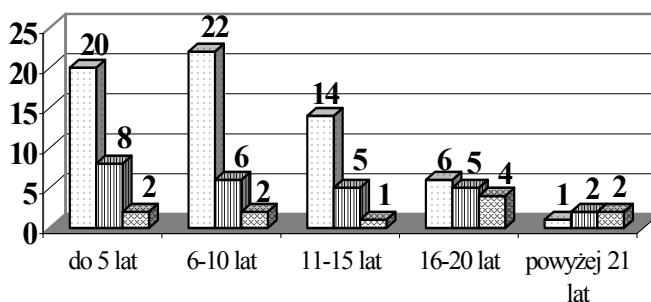
Wpływ zawodu na wiedzę o HIV/AIDS



Przedstawiony wykres pozwala stwierdzić, że wykonywany zawód ma wpływ na wiedzę o HIV/AIDS. Pielęgniarki oddziałowe posiadają wysoki poziom wiedzy o HIV/AIDS w 66,66% oraz średni w 33,33%. Natomiast pielęgniarki odcinkowe prezentują: wiedzę wysoką w 57,44%, średnią w 31,91% oraz niską w 10,63%. Wśród nauczycieli przedmiotów humanistycznych wiedza o HIV/AIDS przedstawia się następująco: wiedza wysoka – 55%, wiedza średnia – 30%, wiedza niska – 15%. Nauczyciele przedmiotów przyrodniczych wykazują: wiedzę wysoką w 60%, wiedzę średnią w 20%, niską w 20%. Nauczyciele przedmiotów ścisłych reprezentują wiedzę wysoką w 50%, wiedzę średnią w 35%, wiedzę niską w 15%. Badając wpływ wykonywanego zawodu na wiedzę o HIV/AIDS stwierdzono, że wysoką wiedzę posiada 56% ankietowanych, średnią wiedzę o HIV/AIDS posiada 31% badanych oraz niską – 13% respondentów.

Stwierdzono także związek między stażem pracy a wiedzą o HIV/AIDS.

Wpływ stażu pracy na wiedzę o HIV/AIDS



□ Wysoka ▨ Średnia ▩ Niska

Analiza danych ankietowych pozwala stwierdzić, że staż pracy ma wpływ na wiedzę o HIV/AIDS. Badani respondenci ze stażem pracy do 5 lat wykazują następującą wiedzę: wysoką – 66,66%, średnią – 26,66%, niską – 6,66% badanych. Respondenci ze stażem pracy od 6 do 10 lat posiadają: wiedzę wysoką w 73,33%, wiedzę średnią w 20%, wiedzę niską – w 6,66%. Natomiast respondenci ze stażem pracy 11-15 lat posiadają: wiedzę wysoką w 70%, wiedzę średnią w 25%, wiedzę niską w 5%. Respondenci ze stażem pracy 16-20 lat wykazują: wiedzę wysoką w 40%, średnią w 33,33%, niską w 26,66%. Badani, którzy mają ponad 21 lat stażu pracy, prezentują następującą wiedzę o HIV/AIDS: wiedza wysoka – 20%, wiedza średnia – 40%, wiedza niska – 40%. Badając wpływ stażu pracy na wiedzę o HIV/AIDS można stwierdzić że wysoką wiedzę posiada 63% ankietowanych, średnią wiedzę o HIV/AIDS posiada 26% badanych, natomiast wiedzę niską posiada 11% badanych respondentów.

Analiza jakościowa zebranego materiału

Pomimo wspaniałych osiągnięć współczesnej medycyny, ludzkość nadal bezradna jest wobec śmiertelności wirusa HIV. Jedyną bronią przeciw chorobie AIDS jest **WIEDZA** na temat zapobiegania zakażeniu HIV i organizowania działalności profilaktycznej i terapeutycznej. Z dotychczasowych badań naukowych wynika, że wiedza ta jest w dalszym ciągu niedostateczna. W związku z powyższym istotne było ustalenie, jaką wiedzę posiadają nauczyciele i pielęgniarki, ponieważ są to grupy społeczne, które mają bezpośredni kontakt z młodzieżą, chorymi i nie tylko, a jednocześnie bezpośredni wpływ na poziom ich wiedzy, postawy i zachowania wobec otaczającego ich społeczeństwa. Bardzo wysoka jest tu rola edukacyjna pielęgniarek.

Badanych nauczycieli podzielono według wykonywanych specjalności zawodowych, czyli: nauczycieli przedmiotów humanistycznych, przedmiotów ścisłych i przedmiotów przyrodniczych, chcąc dowiedzieć się, czy specjalności te w jakiś sposób wpływają na posiadaną wiedzę o HIV/AIDS. Z zestawień wyników badań wynika, że różnica w posiadanej wiedzy o HIV/AIDS jest zbliżona między nauczycielami przedmiotów humanistycznych a nauczycielami przedmiotów przyrodniczych. Nieco niższy poziom wiedzy zaprezentowali nauczyciele przedmiotów ścisłych.

Wśród pielęgniarek oddziałowych kształtował się poziom wiedzy wysoki. Niższy poziom wiedzy przedstawiły pielęgniarki odcinkowe.

Z zestawień wyników badań wynika, że 55% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 60% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych oraz 50% nauczycieli przedmiotów ścisłych, 57,44% pielęgniarek odcinkowych, 66,66% pielęgniarek oddziałowych – prezentuje wysoką wiedzę o HIV/AIDS.

Średni poziom wiedzy o HIV/AIDS posiada 30% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 20% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 35% nauczycieli przedmiotów ścisłych, 31,91% pielęgniarek odcinkowych, 33,33% pielęgniarek oddziałowych.

Prawidłowo określa skrót AIDS 92,48% ankietowanych (96,4% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 92,3% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 75% nauczycieli przedmiotów ścisłych i 90,7% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych).

Co oznacza skrót HIV wie 80,2% badanych (90,5% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 80,07% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 52,3% nauczycieli przedmiotów ścisłych, 86,7% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych).

Na pytanie „**Jakie znasz drogi zakażenia wirusem HIV?**” 90,83% badanych odpowiedziało poprawnie (w tym 96,15% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 94,8% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 74,04% nauczycieli przedmiotów ścisłych i 76,2% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych).

O tym, czy każdy człowiek może zachorować na AIDS wiedziało 89,75% badanej populacji (89,49% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 84,62% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 79% nauczycieli przedmiotów ścisłych, 90,48% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych).

Duży problem badanym sprawiło pytanie o możliwości zarażenia się wirusem HIV podczas oddawania krwi. Tylko 69,8% badanej populacji odpowiedziało poprawnie na to pytanie (76,23% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 69,23% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 75,15% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 58,34% nauczycieli przedmiotów ścisłych).

Wysokim poziomem wiedzy wykazało się 95,22% badanych (97,15% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 96,15% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 90,05% nauczycieli przedmiotów ścisłych i 95,24% nauczycieli humanistów) na temat tego, że używanie prezerwatyw podczas stosunków seksualnych zmniejsza ryzyko zakażenia wirusem HIV.

100% ankietowanych wie, że do tej pory nie wyprodukowano szczepionki zapobiegającej infekcji wirusem HIV. 5 pielęgniarek do swojej wypowiedzi „nie” dopisała, że „nie wynaleziono szczepionki ze względu na dużą zmienność antygenową wirusa”.

Na pytanie „**Czy AIDS jest chorobą uleczalną?**” 100% ankietowanych odpowiedziało poprawnie.

89,15% badanej populacji odpowiedziało poprawnie na pytanie „**Czy osoba zakażona wirusem HIV musi zachorować na AIDS?**” (96,15% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 95,24% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 85,14% nauczycieli przedmiotów ścisłych oraz 95,20% nauczycieli przedmiotów humanistycznych).

Pytanie „**Czy sztuczne oddychanie metodą usta-usta niesie ryzyko zakażenia HIV?**” sprawiło ankietowanym duży kłopot. 79,5% badanych odpowiedziało poprawnie (wśród pielęgniarek odcinkowych 89,7%, 100% pielęgniarek oddziałowych, 80,95% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 61,54% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 66,6% nauczycieli przedmiotów ścisłych. 20,34% badanych udzieliło niepoprawnej odpowiedzi.

Wysokim poziomem wiedzy wykazali się ankietowani odpowiadając na pytanie „**Czy kobieta zamierzająca poddać się sztucznemu zapłodnieniu jest narażona na ryzyko zakażenia się wirusem HIV?**” Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 94,05% ankietowanych (w tym 98,06% pielęgniarek odcinkowych, 100% pielęgniarek oddziałowych, 97,4% nauczycieli przedmiotów przyrodniczych, 95,14% nauczycieli przedmiotów humanistycznych, 90,02% nauczycieli przedmiotów ścisłych.

Drugą metodą, jaką zastosowano w pracy, jest wywiad, do którego na drodze losowej wybrano po 10 nauczycieli i 10 pielęgniarek. Wywiad przeprowadzony był przed badaniami ankietowymi. W tym przypadku posłużono się kwestionariuszem wywiadu zawierającym 12 pytań na temat wiedzy o HIV/AIDS. Okazało się, iż na pytania: „**Co oznacza skrót AIDS?**”, „**Co wywołuje AIDS?**” i „**Co oznacza skrót HIV?**” nauczyciele i pielęgniarki odpowiedzieli poprawnie, co potwierdza badanie kwestionariuszowe.

Na pytanie „**Co może powstrzymać rozprzestrzenianie się wirusa HIV?**” badani odpowiedzieli, że przede wszystkim profilaktyka. Jedna z pielęgniarek oddziałowych z 18-letnim stażem pracy dopisała, że „wynalezienie szczepionki rozwiązałoby ten problem”. Wyczerpującej odpowiedzi udzieliła biologii z 20-letnim stażem pracy, mianowicie: „...wierny nie zakażony partner, bezpieczny seks, zwalczanie narkomanii, przestrzeganie zasad odkażania i wyjaławiania w zakładach leczniczych, edukacja”. Nauczycielka języka polskiego z 24-letnim stażem pracy twierdzi, że rozprzestrzenianie tej choroby może powstrzymać „życie moralne zgodne z etyką lub wiarą”.

Na pytanie „**Co to jest pełnoobjawowy AIDS?**” 7 poprawnych odpowiedzi otrzymano od pielęgniarek odcinkowych, 3 odpowiedzi były niepoprawne. Nauczyciele udzielili 6 poprawnych odpowiedzi, 4 nauczycieli stwierdziło, że nie wie co to jest pełnoobjawowy AIDS.

O tym, w jaki sposób można się zarazić wirusem HIV niepełnych odpowiedzi udzieliło 7 nauczycieli i 5 pielęgniarek. Wśród tych odpowiedzi brakowało wiedzy o przekazywaniu wirusa HIV przez ciężarną matkę na nienarodzone dziecko.

Różne były odpowiedzi na pytanie „**Czym wirus HIV różni się od wirusa kataru lub grypy?**” jedna z nauczycielek historii z 10-letnim stażem pracy napisała, że „wirus HIV jest nieuleczalny”, nauczycielka matematyki z 14-letnim stażem pracy odpowiedziała, że „wirus HIV różni się od wirusa kataru lub grypy sposobem zakażenia”. Wśród pielęgniarek wszystkie odpowiedzi były poprawne. Wyczerpującej odpowiedzi udzieliła 1 pielęgniarka pracująca na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z 15-letnim stażem pracy, mianowicie: „wirus HIV różni się od wirusa kataru lub grypy tym, iż wirus HIV wnika do organizmu w czasie stosunku płciowego oraz poprzez uszkodzone tkanki i błony śluzowe, jeżeli jest kontakt z krwią zakażoną. Wirusem grypy lub kataru zarażamy się drogą kropelkową”.

Analizując powyższe wypowiedzi badanych zawarte w kwestionariuszu wywiadu można stwierdzić, że uzyskano rzetelniejsze odpowiedzi na wszystkie pytania, co nie miało miejsca w ankiecie.

Po przeanalizowaniu ankiet i wypowiedzi zawartych w wywiadzie można dojść do wniosku, że badani nauczyciele bez względu na wykonywane specjalności zawodowe posiadają średnią wiedzę na temat HIV/AIDS. W odniesieniu do pielęgniarek oddziałowych stwierdza się, że posiadają one wysoką wiedzę na temat HIV/AIDS, czego nie mogę stwierdzić w odniesieniu do pielęgniarek odcinkowych, które posiadają średnią wiedzę o HIV/AIDS.

Podsumowanie

Wyniki przeprowadzonych badań są zadowalające. Dzięki wyższemu poziomowi wiedzy o AIDS nauczyciele mogą stworzyć program wychowania zdrowotnego i seksualnego w celu zahamowania szerzenia się AIDS, zaangażować się w walkę, której nie wolno przegrać.

Nad odpowiednim szkoleniem m.in. kadry medycznej i nauczycielskiej czuwa **Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS**. Twórcy tego programu zakładali, że tylko naukowa wiedza na temat AIDS zapobiegania panice i nietolerancji społeczeństwa. Właśnie dobrze przygotowane środowisko medyczne, pedagogiczne ma możliwość przekazania wiedzy szerokiej rzeszy ludzi; ażeby ta wiedza była solidna, naukowa, niezbędne jest dalsze doksztalcanie się, wówczas wspólnie wychowamy społeczeństwo wyrozumiałe i tolerancyjne oraz chętne do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi.

Renata Krawczuk

Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży Gimnazjum nr 1 w Zgorzelcu

Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras

Wprowadzenie

Zdrowie determinowane jest w największym zakresie przez styl życia i zachowania zdrowotne. Styl życia i zachowania zdrowotne kształtują się w dzieciństwie i młodości pod wpływem wzorów wychowania w rodzinie, w szkole i społeczeństwie.

Badania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży podjęte w państwach europejskich w latach osiemdziesiątych prowadzone są także w Polsce (cyklicznie co 4 lata od 1990 roku). Wyniki badań pozwalają na monitorowanie wiedzy i zachowań w obszarze zdrowia wśród ankietowanej grupy, a także ich upowszechnianie wśród decydentów resortów zdrowia i edukacji, rodziców i nauczycieli co stanowi podstawę do planowania działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji.

Kwestionariusze wykorzystane do badań w Polsce miały na celu ocenę sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, ocenę zachowań żywieniowych, używanie substancji psychoaktywnych, samoocenę własnego zdrowia i wyglądu oraz ocenę sytuacji ekonomiczno-społecznej rodzin młodych ludzi.

Na uwagę zasługują niektóre dane z raportu „Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce w 1998 r.” Wśród czynników warunkujących zdrowie i zachowania z nim związane szczególną wagę przywiązuje się do warunków społecznych i ekonomicznych, a nierówności społeczne uważa się za jedno z głównych zagrożeń dla zdrowia. Z danych szacunkowych GUS odnoszących się do poziomu życia Polaków wynika, że w 1997 r:

- połowa ludności żyła poniżej minimum socjalnego (43% w mieście, 63% na wsi),
- na granicy ubóstwa relatywnego 15% ludzi (10% w mieście i 23% na wsi, do tej grupy trafia co piąte dziecko do 14 r. ż.)
- na granicy ubóstwa „ustawowego” 13% (9% w mieście, 20% na wsi),
- na granicy minimum egzystencji 5% ludzi (3% w mieście, 9% na wsi, 1/3 tej grupy to dzieci do lat 14, a połowa do lat 19).

Trudności materialne rodzin wpływają także niekorzystnie na zaspakajanie potrzeb edukacyjnych dzieci. Z tego powodu rodziny zrezygnowały z obiadów szkolnych.

Cel badań

Celem badań jest poznanie zachowań zdrowotnych uczniów klasy II Gimnazjum nr.1 w Zgorzelcu. Celem głównym jest ustalenie zachowań zdrowotnych uczniów Gimnazjum nr 1 w Zgorzelcu, celami szczegółowymi natomiast:

1. Określenie subiektywnej oceny zdrowia uczniów.
2. Ustalenie zachowań zdrowotnych związanych z aktywnością fizyczną badanych uczniów.
3. Ustalenie zachowań żywieniowych wśród uczniów
4. Ustalenie innych zachowań wpływających na zdrowie badanych uczniów:
 - a) związanych ze stosowaniem używek,
 - b) związanych z nawykami higienicznymi.

Material

Badaniami w zakresie zachowań zdrowotnych objęto uczniów klasy II „b” Gimnazjum nr 1 w Zgorzelcu, do której uczęszcza 30 osób, w tym 14 dziewcząt i 16 chłopców. Wiek badanych uczniów wynosił 14 lat.

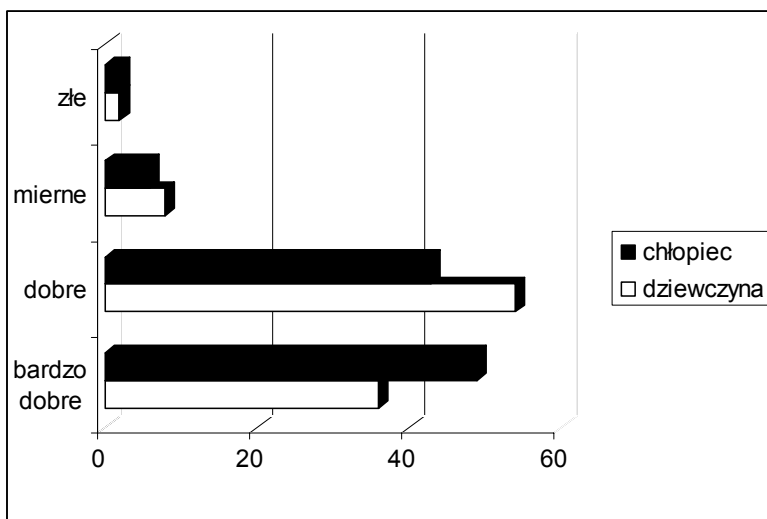
Metody

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem anonimowych ankiet. Ankiety zawierały 22 pytania, na które uczniowie odpowiadali w ciągu jednostki lekcyjnej. Uczniowie odpowiadali na pytania samodzielnie, w obecności ankietera i wychowawcy klasy. Wcześniej nie byli informowani o terminie i treści badań. Ankieta skierowana do uczniów dotyczyła zachowań zdrowotnych, a pytania związane były z aktywnością fizyczną, sposobem żywienia, samooceną zdrowia, stosowaniem używek i nawykami higienicznymi. Uczniowie chętnie wypełniali ankietę upewniwszy się, że jest anonimowa. Przed wypełnieniem ankiet odczytał zawartą w niej treść i udzielił niezbędnych wyjaśnień. Średni czas wypełnienia ankiety wynosił 30 minut. Pytania zawarte w ankietach skonstruowane były samodzielnie.

Wyniki badań

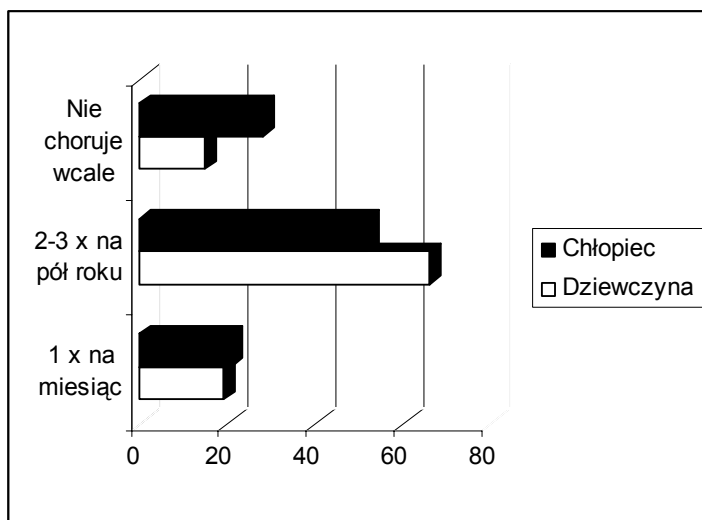
A) Zdrowie uczniów

W zakresie zdrowia badanym uczniom zadano pytania związane z samooceną własnego zdrowia, częstością zachorowań, ilością dni opuszczonych w szkole, zainteresowaniem zdrowiem dziecka. W kwestiach samooceny zdrowia badani uczniowie, zarówno dziewczęta, jak i chłopcy, najczęściej oceniali swoje zdrowie jako dobre i bardzo dobre, najrzadziej jako złe (rys. 1).



Rys.1. Subiektywna ocena zdrowia badanych uczniów (%)

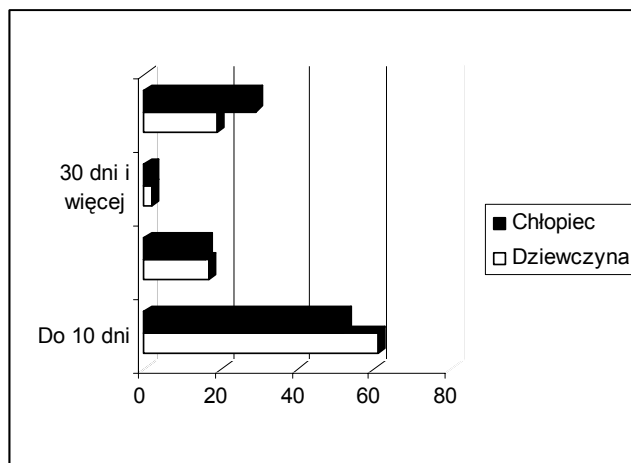
Częstość zachorowań wśród uczniów w większości wynosiła 2-3 razy w ciągu roku. Odpowiedzi takie zaznaczyło 65% dziewcząt i 55% chłopców. Jeden raz w miesiącu deklarowało chorobę 21% dziewcząt i 26% chłopców, nie choruje wcale 14% i 19% chłopców. Wyniki przedstawia rys. 2.



Rys. 2. Częstość zachorowań wśród uczniów (%)

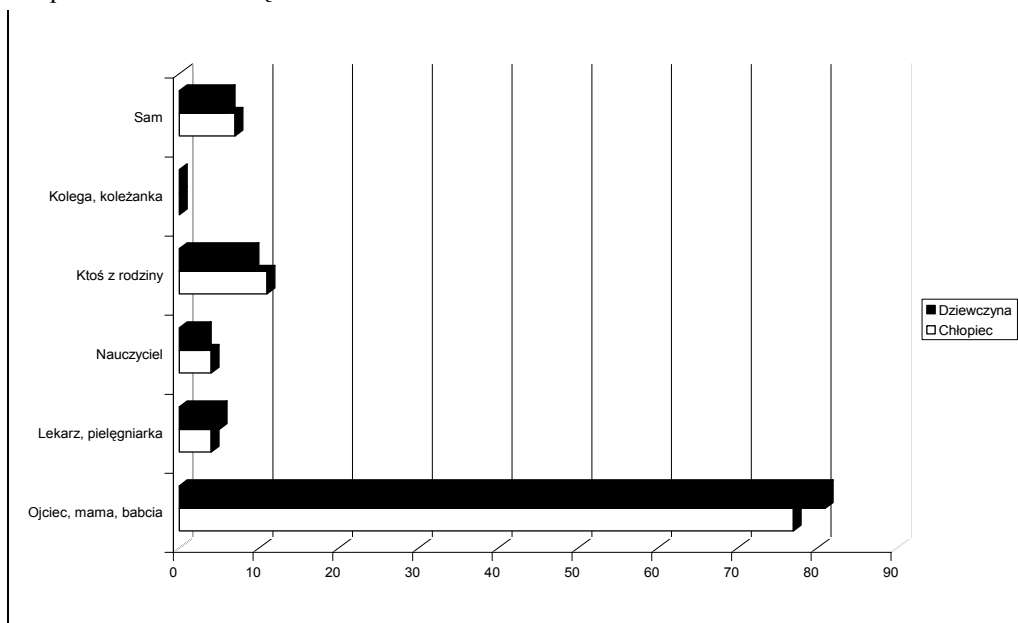
Kolejnym badanym zagadnieniem była absencja uczniów w szkole z powodu choroby. Uzyskane odpowiedzi przedstawia rys. 3.

Zdecydowana większość badanych w ciągu pierwszego półrocza roku szkolnego 2007/2008 opuściła do 10 dni. Odpowiedzi takie zaznaczyło 61% dziewcząt i 52% chłopców. Nie opuściło żadnego dnia 29% chłopców i 19% dziewcząt. Dziesięć do dwudziestu nieobecnych dni w szkole deklaruje 16%, a 20 dni i więcej 2% badanych.



Rys. 3. Ilość dni opuszczonych w szkole w pierwszym półroczu (%).

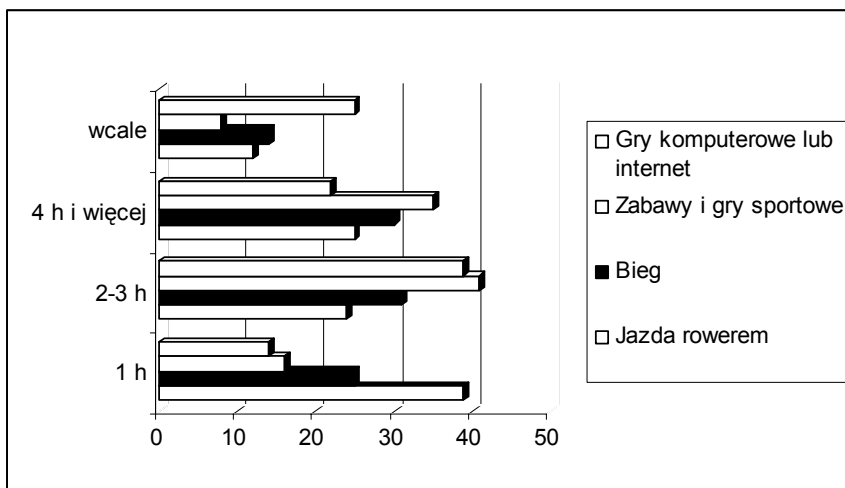
Dane dotyczące zainteresowania dorosłych zdrowiem uczniów przedstawia rys. 4. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono, że najczęściej zdrowiem dzieci interesują się rodzice i dziadkowie. Odpowiedzi takie zaznaczyło 76% chłopców i 81% dziewcząt. Lekarza, pielęgniarkę i nauczyciela zaznaczyło 4% ankietowanych, a odpowiedź „sam” zaznaczyło 7% chłopców i 6% dziewcząt.



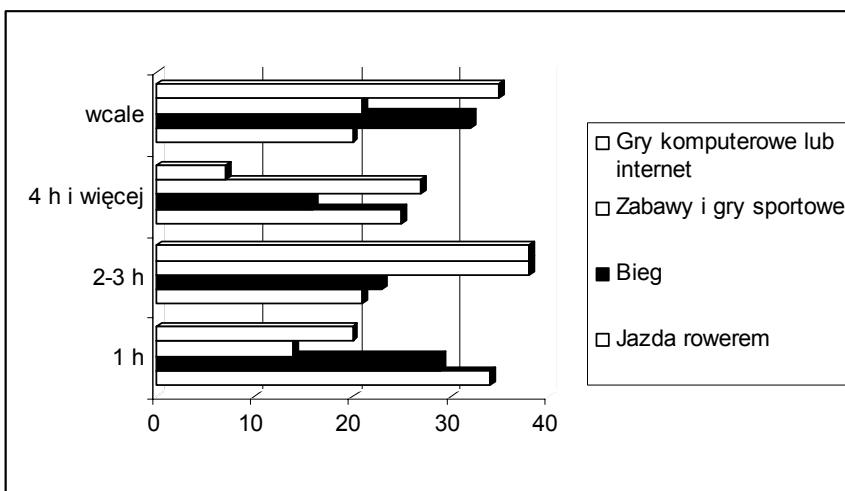
Rys. 4. Zainteresowanie zdrowiem dziecka (%).

B) Aktywność fizyczna i sposób spędzania czasu wolnego

W celu określenia aktywności fizycznej badanym uczniom zadano pytania dotyczące ilości godzin poświęconych w tygodniu na: jazdę rowerem, bieg, zabawy, gry sportowe, gry komputerowe i Internet. Na podstawie badań stwierdzono, że chłopcy poświęcają nieznacznie więcej czasu niż dziewczęta na ćwiczenia fizyczne. Chłopcy więcej czasu poświęcają na jazdę rowerem, bieganie, zabawy i gry sportowe, Również więcej czasu spędzają przed komputerem (rys. 5 i 6).



Rys. 5. Aktywność fizyczna chłopców (%).

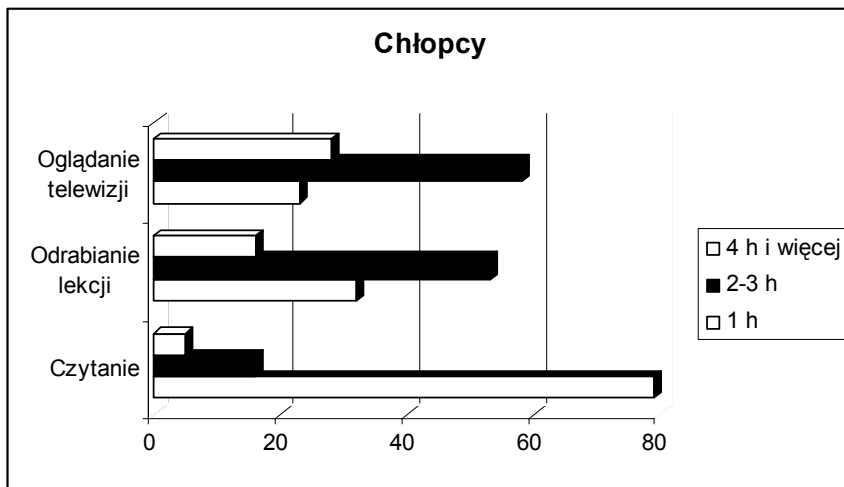


Rys. 6. Aktywność fizyczna dziewcząt (%).

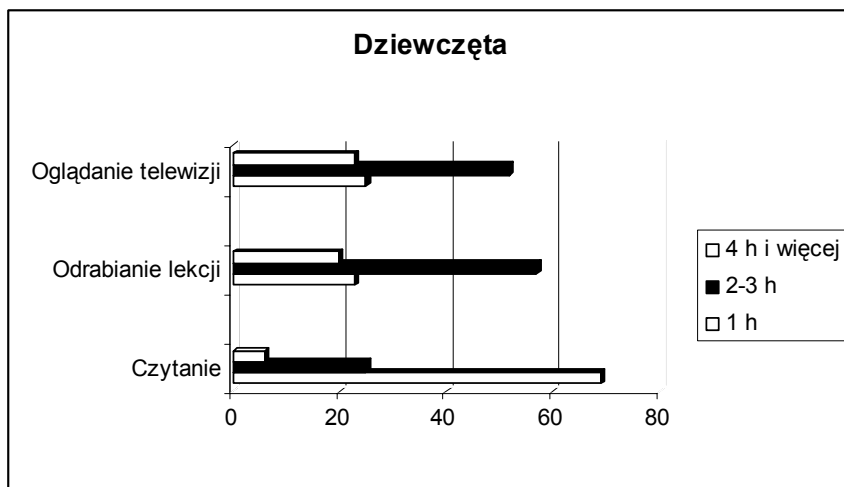
Wyniki czasu poświęconego na: czytanie, odrabianie lekcji, oglądanie telewizji, przedstawiają rys. 7 i 8.

79% chłopców i 69% dziewcząt przeznaczają na czytanie jedną godzinę dziennie, dwie-trzy godziny tylko 16% chłopców i 25% dziewcząt. 32% chłopców i 23% dziewcząt odrabia lekcje

jedną godzinę, przez 2-3 godziny 53% chłopców i 57% dziewcząt, a cztery i więcej godzin na tę czynność poświęca 16% chłopców i 20% dziewcząt. Na oglądanie telewizji jedną godzinę dziennie przeznaczają 23% chłopców i 25% dziewcząt, 2-3 godziny 58% chłopców i 52% dziewcząt, 4 godziny i więcej 18% chłopców i 23% dziewcząt.



Rys. 7. Czas poświęcony na zajęcia w ciągu dnia. Chłopcy (%).



Rys. 8. Czas poświęcony na zajęcia w ciągu dnia. Dziewczęta (%).

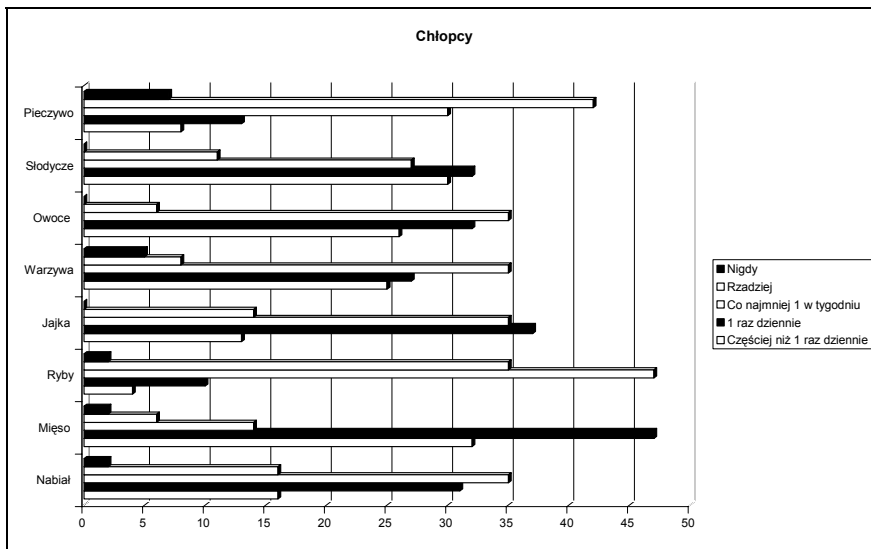
C) Zachowania żywieniowe

W celu określenia zachowań żywieniowych badanej grupie zadano pytania dotyczące częstości spożywania różnorodnych produktów, spożywania pierwszego i drugiego śniadania oraz obiadu.

Jeden raz dziennie i częściej spożywało: mięso i wędliny 79% chłopców i 75% dziewcząt, jajka 50% chłopców i 47% dziewcząt, słodycze 62% chłopców i 53% dziewcząt, ciemne pieczywo 21% chłopców i 17% dziewcząt. Dziewczęta częściej do swych codziennych posiłków

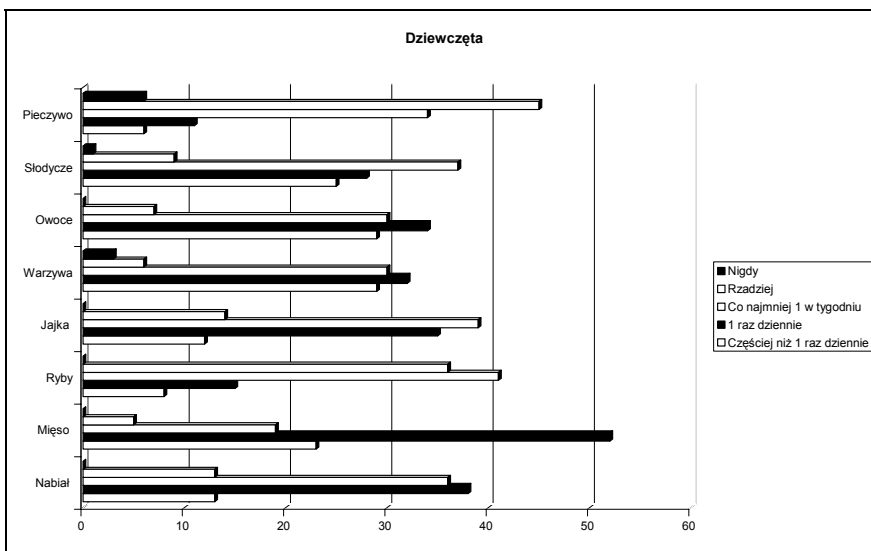
włączyły: nabiał 51% (chłopcy 47%), ryby 23% (chłopcy 14%), warzywa surowe 61% (chłopcy 52%) i owoce surowe 63% (chłopcy 58%). Rzadziej niż raz w tygodniu lub nigdy nie spożywało nabiału 18% chłopców i 13% dziewcząt, ryb 39% chłopców i 9% dziewcząt, pieczywa ciemnego 49% chłopców i 52% dziewcząt.

Powyższe badania zobrazowano na rys. 9 i 10.

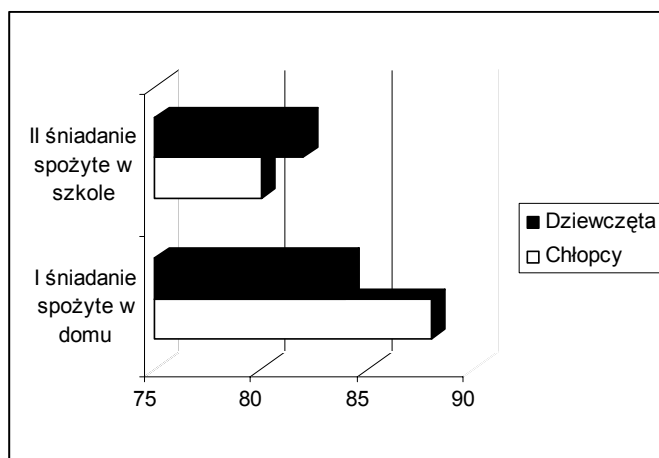


Rys. 9. Częstość spożywania produktów w grupie chłopców (%).

Na rys. 11 przedstawiono spożycie śniadań i posiłków przez uczniów w szkole oraz w domu. W dniu badania spożywało pierwsze śniadanie spożywało w domu 88% chłopców i 84% dziewcząt. Drugie śniadanie lub obiad zjadło w szkole 80% chłopców i 82% dziewcząt.

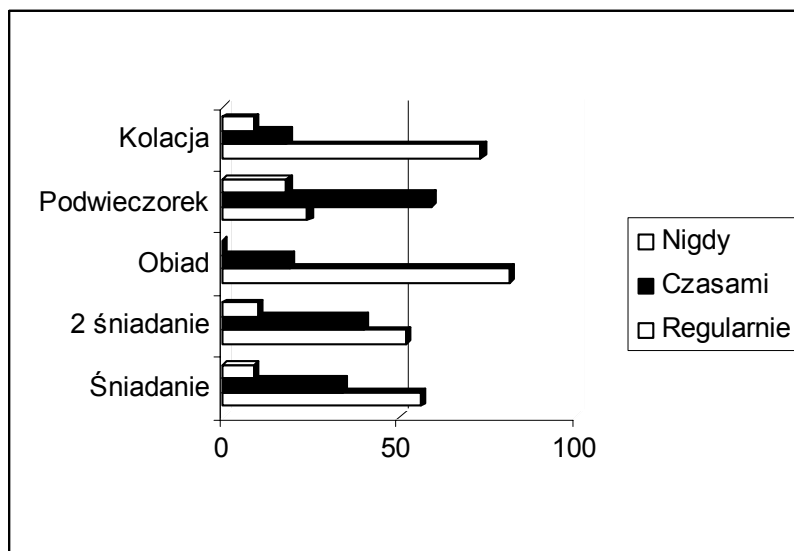


Rys. 10. Częstość spożywania produktów w grupie dziewcząt (%).

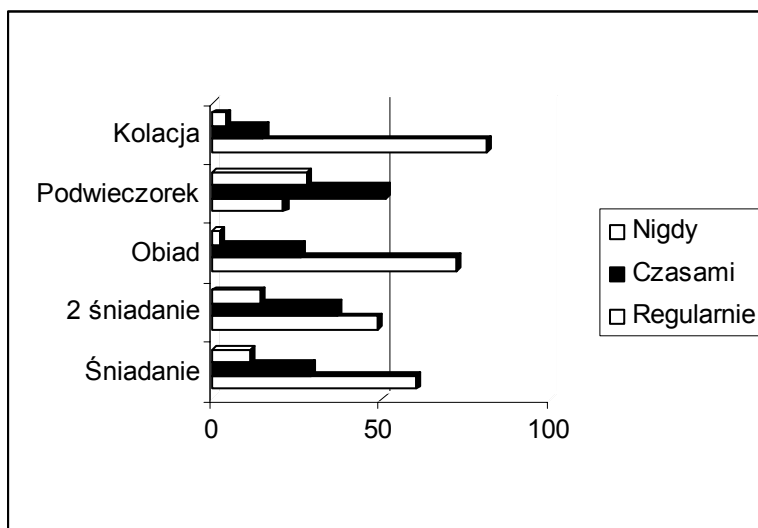


Rys. 11. Spożywanie śniadań w domu i posiłków w szkole (%)

Na rys. 12 i 13 przedstawiono regularność spożywania posiłków przez uczniów z podziałem na płeć. Wśród ankietowanych regularnie spożywało śniadanie 60% chłopców i 56% dziewcząt, II śniadanie 49% chłopców i 52% dziewcząt, obiad 72% chłopców i 81% dziewcząt, podwieczerek 21% chłopców i 24% dziewcząt, kolację 81% chłopców i 73% dziewcząt. Nigdy nie spożywało śniadania 11% chłopców i 9% dziewcząt., II śniadania 14% chłopców i 10% dziewcząt, obiadu jeden chłopiec, podwieczorku 28% chłopców i 18% dziewcząt a kolacji 4% chłopców i 9% dziewcząt.



Rys. 12. Regularność spożywania posiłków – dziewczęta (%)



Rys. 13. Regularność spożywania posiłków – chłopcy (%).

Uczniowie zapytani zostali również o sposób konsumpcji posiłków (tabela 1).

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że większość badanych spożywała posiłki regularnie przy stole wraz z rodziną. Niezadowolający jest fakt, że 35% badanych spożywało śniadanie i kolację w samotności.

Tabela 1. Sposób konsumpcji (%).

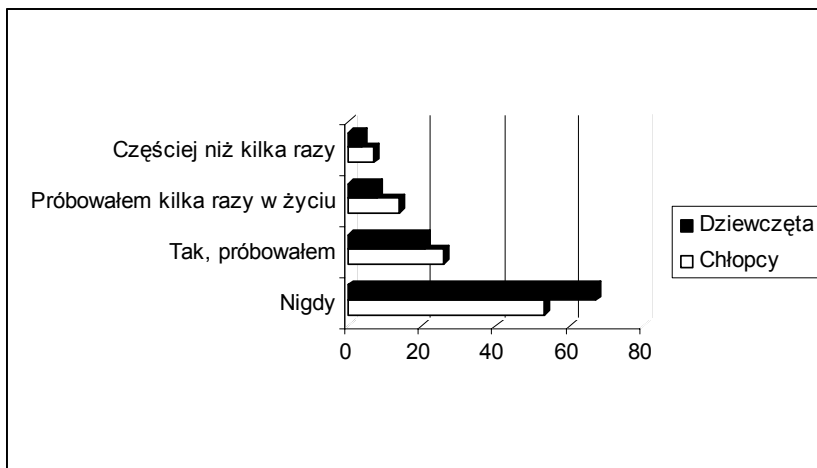
Sposób konsumpcji	Śniadanie	Obiad	Kolacja	Płeć
Siedząc przy stole	75	92	70	Chłopiec
	65	89	75	Dziewczyna
Szybko, bo mi się śpieszy	19	21	0	Chłopiec
	22	14	0	Dziewczyna
Na stojąco lub w drodze do szkoły	12	0	0	Chłopiec
	9	0	0	Dziewczyna
Razem z rodziną	18	49	34	Chłopiec
	20	53	42	Dziewczyna
Sam	38	12	35	Chłopiec
	32	12	25	Dziewczyna
Jak zgłodnieję	12	32	26	Chłopiec
	12	20	20	Dziewczyna

Źródło: opracowanie własne

D) Stosowanie używek (alkohol, tytoń)

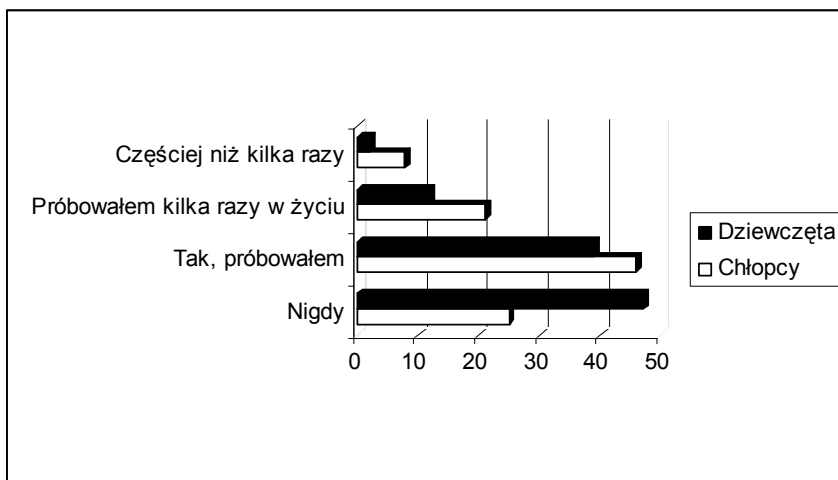
W celu określenia innych zachowań wpływających na zdrowie ankietowanym uczniom zadano pytania dotyczące palenia papierosów, picia alkoholu oraz częstości palenia i picia.

W badanej grupie 53% chłopców i 67% dziewcząt nigdy nie paliło papierosów. Próbowano palić 47% chłopców i 33% dziewcząt, z czego 21% chłopców i 12% dziewcząt próby takie podjęło kilka razy (rys. 14).



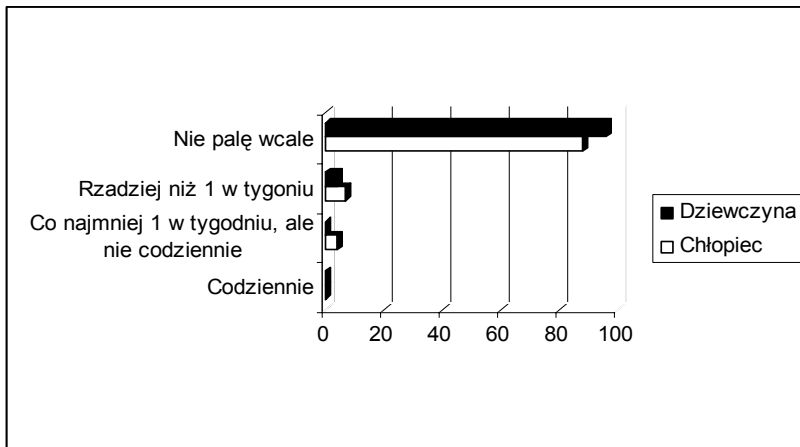
Rys. 14. Odsetek uczniów próbujących tytoń(%).

Alkoholu nie próbowało nigdy tylko 25% chłopców i 47% dziewcząt; 29% chłopców i 14% dziewcząt próbowało kilka razy w życiu (rys. 15). Z przeprowadzonych badań wynika, że częściej próby palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych podejmowali chłopcy niż dziewczęta. Niepokojącym jest zjawisko eksperymentowania z paleniem papierosów i spożywania napojów alkoholowych, ponieważ znacznie zwiększa się ryzyko regularnego palenia tytoniu i picia napojów alkoholowych.



Rys.15. Odsetek uczniów próbujących napoje alkoholowe(%).

Dane dotyczące częstości palenia z uwzględnieniem płci zostały przedstawione rys. 16. W badanej grupie nie było żadnej osoby, która paliłaby codziennie. Co najmniej raz w tygodniu paliło 4% chłopców, rzadziej niż raz w tygodniu 7% chłopców i 4% dziewcząt, a odpowiedź „nie palę wcale” zaznaczyło 88% chłopców i 96% dziewcząt.

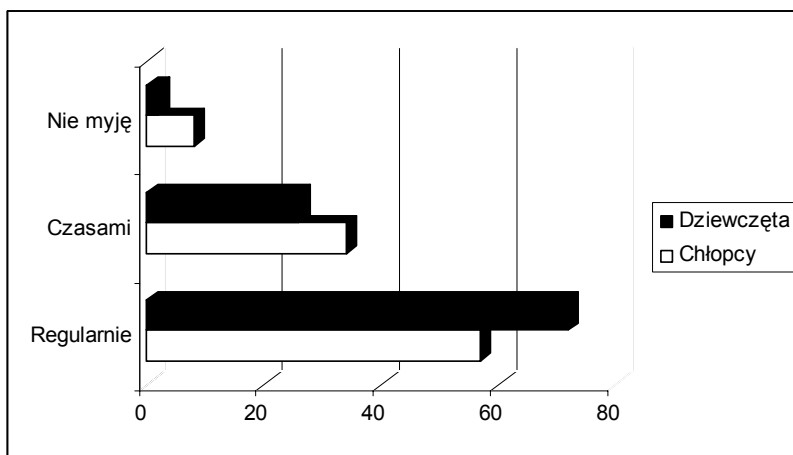


Rys. 16. Częstość palenia tytoniu (%).

Nawyki higieniczne

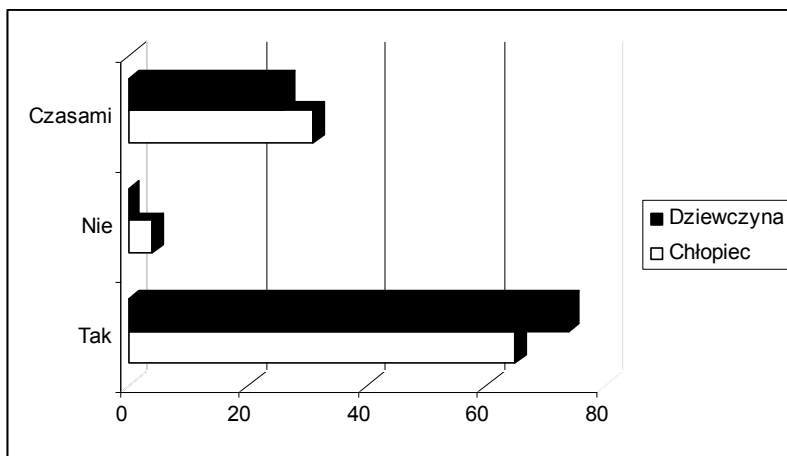
W celu oceny nawyków higienicznych dotyczących jamy ustnej ankietowanym zadano pytania dotyczące częstości mycia zębów, a wyniki z uwzględnieniem podziału na płeć przedstawiono na rys. 17.

Wyniki wykazały, że regularnie rano czyści zęby czyści 57% chłopców i 72% dziewcząt, wieczorem 53% chłopców i 70% dziewcząt, a czasami 37% chłopców i 27% dziewcząt. Zębów nie myje rano 8% chłopców i 2% dziewcząt a wieczorem 6% chłopców i 2% dziewcząt. Dziewczęta zdecydowanie bardziej niż chłopcy dbały o higienę swoich zębów.



Rys. 17. Częstość mycia zębów

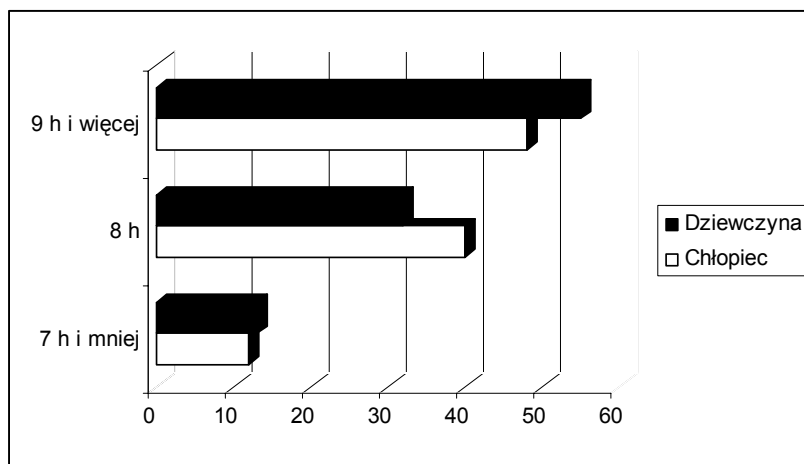
Kolejnym zagadnieniem dotyczącym nawyków higienicznych była kwestia mycia rąk przed jedzeniem. Wyniki zostały przedstawione na rys. 18. Ręce myło przed jedzeniem 65% chłopców i 74% dziewcząt, czasami 31% chłopców i 26 % dziewcząt, odpowiedź „Nie” zaznaczyło 4% chłopców.



Rys.18 Częstość mycia rąk przed jedzeniem (%).

Wyniki dotyczące ilości snu przedstawiono na rys. 19.

Sen siedmiogodzinny lub krótszy deklarowało 12% chłopców i 13% dziewcząt, ośmiogodzinny 40% chłopców i 32% dziewcząt, dziesięciogodzinny lub dłuższy 48% chłopców i 55% dziewcząt.



Rys. 19. Czas przeznaczony na sen (%)

Wnioski

1. W badanej grupie zdecydowana większość uczniów oceniła swoje zdrowie dobrze (54% dziewcząt i 43% chłopców) i bardzo dobrze (36% dziewcząt i 49% chłopców).

2. Aktywność fizyczna uczniów klas II jest na dobrym poziomie. Większość uczniów jest aktywna fizycznie i poświęca dużo wolnego czasu na różne rodzaje aktywności ruchowej. Chłopcy ćwiczą częściej niż dziewczęta i poświęcają więcej czasu na ćwiczenia (jazda rowerem: chłopcy 88%, dziewczęta 80%, bieganie: chłopcy 86%, dziewczęta 68 %, gry i zabawy sportowe: 92% chłopców, dziewczęta 79%).

3. Uczniowie spędzają zbyt dużo czasu przed telewizorem (częściej dziewczęta 75%) i komputerem (częściej chłopcy 86%), natomiast zbyt mało czasu poświęcają na odrabianie lekcji i czytanie (chłopcy 79%, dziewczęta 69%).

4. Obserwuje się wiele nieprawidłowości w zakresie żywienia uczniów. Uczniowie zbyt mało i rzadko spożywają produkty niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu, tj. nabiał, ciemne pieczywo, surowe owoce i warzywa, natomiast zbyt dużo słodczy. Część uczniów przychodzi do szkoły bez pierwszego śniadania (częściej dziewczęta 16% niż chłopcy 12%) oraz nie spożywa drugiego śniadania (częściej chłopcy 20% niż dziewczęta 18%). Gorący posiłek (obiad) spożywa 98% chłopców oraz 100% dziewcząt.

5. Chłopcy w porównaniu z dziewczętami częściej podejmują zachowania ryzykowne, zagrożające zdrowiu (palenie tytoniu 47%, picie alkoholu 33%), mniej dbają o higienę jamy ustnej (regularnie czyści zęby rano 57% chłopców, 72% dziewcząt), chłopcy rzadziej myją ręce przed jedzeniem (odpowiednio 65% i 74%) i mniej śpią (48% chłopców i 56% dziewcząt).

Anna Sinica

Rola grup wsparcia i społeczności terapeutycznych w procesie resocjalizacji osób uzależnionych od narkotyków (studium przypadku)

Promotor: dr nauk med. Jolanta Pietras

Narkotyki są powszechnie dostępne. Szczególnym zainteresowaniem dilerów narkotyków cieszą się szkoły średnie, gdzie rozprowadzaniem zajmują się również uczniowie tych szkół. Z analizy stanu zagrożenia przestępczością narkotykową w Polsce, sporządzonej przez Biuro ds. Narkomanii KGP wynika, że 20% młodzieży polskiej eksperymentuje z narkotykami. Dostępne są one aż w 3/4 szkół podstawowych i w ponad 90% szkół średnich. Najmłodszy narkomani mają po 8-9 lat. Najczęstszym motywem sięgania po narkotyki jest ciekawość doświadczenia nowych, nieznanych doznań, co należy łączyć z modą panującą w kręgach młodzieży. Niejednokrotnie łączy się to też z presją otoczenia.

Osoba uzależniona, która podejmuje leczenie, postawiona wobec możliwości realizowania się w innej formie, w życiu bez narkotyków, widzi, jak niewiele potrafi i ma do powiedzenia, jak ubogi w gruncie rzeczy jest zakres jej potrzeb i jak fałszywy stworzyła sobie obraz samej siebie. Terapia umożliwi jej wgląd we własne wnętrze i po raz pierwszy nie ucieczkę i obarczenie odpowiedzialnością innych, lecz próbę odnalezienia odpowiedzi we własnych błędach i zaburzeniach.

OPIS PRZYPADKU

Charakterystyka postaci

Osobę badaną (umownie nazywam ją dalej XY) spotkałam po raz pierwszy w szpitalu, w którym pracuję. Przyjechała wówczas z terapeutą ośrodka *Monar*. Konieczność udzielenia jej pomocy wynikała z próby samobójczej (podcięcie żył). Był to moment jej załamania psychicznego po zakończonym leczeniu stacjonarnym. Pracuję wprawdzie w oddziale dziecięcym, jednak poproszona przez jej opiekuna o pomoc, nie pozostałam obojętna. Towarzyszyłam pacjentce podczas zabiegu chirurgicznego. Postawa tej kobiety, jej cierpienie w pokorze, było wyraźnym wołaniem o pomoc. Młoda dziewczyna pozostała na długo w mojej pamięci, tym bardziej, że co pewien czas przekazywała mi krótkie informacje o postępach swojego leczenia (przez terapeutę).

Pełna podziwu za jej nieustającą walkę z otaczającą rzeczywistością, po dwóch latach od tego wydarzenia, poprosiłam o spotkanie i wywiad, który stał się niespecyficzną metodą dla badań, a jednocześnie inspiracją niniejszej pracy.

Opisywana przeze mnie osoba jest 23-letnią kobietą. Ma dziecko, które urodziła w wieku 18 lat. Obecnie ma ograniczone prawa rodzicielskie – opiekunem prawnym jest ojciec dziecka.

Przed leczeniem w ośrodku *Monar* mieszkała w jednej z miejscowości województwa mazowieckiego, obecnie wynajmuje mieszkanie w Jeleniej Górze.

Rodzice XY mają skończone 40 lat i wykształcenie zawodowe. Matka nie pracuje. Ojciec przez cały okres jej dzieciństwa nadużywał alkoholu. Niegdyś zatrudniony jako hydraulik, nie łożył na utrzymanie rodziny. Rodzeństwo XY to siostra w wieku 25 lat i dwaj nastoletni bracia.

XY skończyła szkołę zawodową o profilu handlowym, uzyskując tytuł sprzedawcy. XY niechętnie wspomina swoje dorastanie.

W wieku 15 lat po raz pierwszy próbowała wachać klej. Początkowo robiła to z umiarem, a techniki tej czynności uczyła się od rówieśników. Często wychodziła z domu, uciekała z lekcji razem z koleżankami. Schronieniem stał się las. Tam też po raz pierwszy przedawkowała, nie miała jeszcze doświadczenia. Uwierzyła koleżance, która kazała jej wachać do woli, by zapomnieć o problemach. Pieniądze na klej kradła z domu. Grono jej „przyjaciół” było coraz większe. Najlepiej czuła się w towarzystwie mężczyzn.

Mając 16 lat uciekła z domu i zamieszkała z partnerem o 11 lat starszym. Poznała wówczas ojca swojej córki, który namawiał ją do powrotu do domu. Pół roku spotykała się również z chłopakiem, którego urzekła do tego stopnia, że zgadzał się na jej wszystkie propozycje i pomysły. Kupował prezenty, ale nie chciał dawać pieniędzy, badanej zależało zaś przede wszystkim na gotówce, której potrzebowała na zakup kleju, papierosów i alkoholu.

W szkole, do której chodziła, większość uczniów brała narkotyki: LSD, marihuanę, amfetaminę. To bardzo jej imponowało.

Niebawem wznowiła kontakty z chłopakiem, który okazał się długoletnim narkomanem (od 16-stego r. ż.). Kiedy XY do niego wróciła brał amfetaminę i heroinę (dożylnie), przy czym ona sama zaczęła od amfetaminy. Kupowała od kolegi 1 g za 40 PLN, zażywając dziennie po 0,5 g. Popadała w euforię, miała mnóstwo energii, nie odczuwała potrzeby snu. Wtedy całe noce przebywała poza domem, głównie w celu dokonywania kradzieży (serwis samochodowy, warsztaty samochodowe, działki, ogródki). Chłopak włamywał się do sklepów – kradł wszystko, co możliwe, ponadto w domu skręcał meble (stolarz).

Po 2 dniach brania kontrolowała jeszcze sytuację, później zaczęły się halucynacje, zwiidy. Przyjmowała zbyt duże dawki, pojawiło się uczucie zimna, palącego gorąca twarzy, dreszcze całego ciała, brak powietrza, utrudniony oddech. Siedziała w oknie otulona kocem, aby zimne powietrze schładzało jej twarz. Mimo nocy widziała jasność, biel w przestrzeni; miała wrażenie przenoszenia ciała i uczucie odejścia ze świata – trwało to do rana. Upływały kolejne dni – dawki wyznaczał jej już kolega. Rozpoczęło się klucie: najpierw podawał sobie, potem jej tą samą igłą.

XY aktualnie dwukrotnie wykonywała testy na obecność HIV i HCV – wynik okazał się ujemny.

Z czasem wzrosła tolerancja XY na narkotyk, a kolega bał się zwiększać dawkę. Zaczęła wtedy brać „na sportowo” marihuanę przez pół roku, przyzwyczaiła się do nieświadomości.

» *Wypiłam alkohol zaraz po marihuanie – głowa opadła mi na stół, była tak ciężka, że nie mogłam nawet się ruszyć; wymiotowałam...«.*

W końcu XY udało się namówić na powrót do domu. Ukrywała się przed ojcem – ciągle pił – nie widział jej stanu. Matka ciągle nic nie wiedziała, a gdy mówiła o szkole, XY wychodziła z domu. Siostra wiedziała o wszystkim i bardzo chciała, aby tak bliska jej osoba skończyła z narkotykami.

» Zaczęłam się spotykać z chłopakiem. Zaszłam w ciążę – przestałam „ćpać”, unikałam towarzystwa, skończyłam szkołę. Pilnował mnie chłopak i moja siostra... Urodziłam zdrową córeczkę o wadze 4 kg. W opiece nad dzieckiem pomagała mi mama i siostra, dochodził chłopak.

Na początku było w porządku, ale po 3-4 miesiącach ciągle się kłóciliśmy, musiałam robić, jak on mi kazał, bo tylko on zawsze miał rację. Konflikt trwał. Miałam wszystkiego dość...

Córeczka miała 1,5 roku – zostawiłam ją i uciekłam z domu. «.

Nastąpił powrót do wcześniejszych znajomych, ponowne zażywanie narkotyków, kradzieże. Rosła nienawiść do wszystkich. Nie było kontaktu z rodziną, nawet przez okres 2 tygodni.

Chłopak zabrał dziecko do siebie. Próby poszukiwania XY i namowy do powrotu były daremne. Przypadkowe spotkanie z ojcem córeczki okazało się skuteczne: namówił uzależnioną XY, żeby zgłosiła się do poradni odwykowej.

Badana nawiązała kontakt z terapeutą (spotkania, rozmowy), lecz nadal „ćpała”. Terapeuta nie kazał odstawiać narkotyków – to właśnie zaimponowało XY. Przychodziła więc 2-3 razy w tygodniu przez 2 miesiące. Zdecydowała się na podjęcie właściwej terapii.

Determinanty powstania uzależnienia u badanej

Pierwsze zetknięcie się XY z substancją uzależniającą było wynikiem wielu czynników: ciekawość (charakterystyczna w młodym wieku), wpływ środowiska rówieśniczego, pokusa lepszego samopoczucia i przyjemności, pragnienie uwolnienia się od problemów, z którymi żyła na co dzień w atmosferze domu rodzinnego.

W rodzinie nie znalazła wsparcia, nie wyniosła z niej pozytywnych wzorców. Pochodzi bowiem z rodziny dysfunkcyjnej. Ojciec nadużywał alkoholu, często dochodziło do konfliktów i kłótni z użyciem przemocy oraz innych prymitywnych form wulgarnego zachowania, jak wyzwiska i przekleństwa. Było to powodem ucieczek z domu i wiązania się z grupą rówieśniczą, która miała destrukcyjny wpływ na XY.

Została wychowana w atmosferze podporządkowania i uległości, co spowodowało, że nie potrafiła brać odpowiedzialności za swoje działania, a tym bardziej podlegała cudzym wpływom. Odczuwając negatywną atmosferę w domu rodzinnym starała się początkowo wyrzucić wpływ na stosunki w niej panujące, pragnęła coś zmienić. Decydując się na zażywanie narkotyków czasem świadomie kreowała patologiczną sytuację rodzinną, chciała skupić na sobie uwagę bliskich i „wymusić” na nich dostrzeżenie jej osoby. Stwarzając sytuacje zagrożenia, miała na celu zintegrowanie rodziny do udzielenia sobie pomocy i wsparcia.

Upadek instytucji rodziny spowodował, iż poddana została silniejszym wpływom środowiska swoich rówieśników, które stało się pierwszym inicjatorem zachowań prowadzących badaną do narkomanii. W grupie rówieśniczej miała poczucie oparcia, czuła się lepiej rozumiana, miała podobne problemy, znalazła akceptację.

Jej niekiedy niekontrolowany bunt nastolatki i brak zainteresowania ze strony rodziców doprowadził do związania się z grupą osób o charakterze destrukcyjnym. Takimi grupami były społeczności narkomańskie, które zaspokoily jej ciekawość związaną z narkotykami i wprowadziły w stan uzależnienia. Wprowadzona w stan braku kontroli nad swoim ciałem coraz częściej uciekała z domu, kradła, nie kontynuowała edukacji. Narkotyki, choćby na krótką chwilę, pozwalały jej zapomnieć o kłopotach i zapewnić dobry nastrój. Uświadamiała sobie swoją małą i przedmiotową rolę w świecie, przeżywała załamanie i frustrację, pragnęła uciec od otaczającego świata i problemów.

Brak równowagi i dojrzałości emocjonalnej skłaniały XY do poddawania się zaistniałej sytuacji. Jako nastolatka nieodporna na stres, pragnąca natychmiast zaspokoić własne pragnienia,

z braku zainteresowania jej osobą przez najbliższych, nie wykształciła mechanizmu przeciwdziałania trudnościom i radzenia sobie z nimi w sposób racjonalny.

Narkotyki spowodowały u XY upadek moralny, utratę wszelkiej wartości i godności ludzkiej, doprowadziły do nielegalnego trybu życia, związanego z przestępczością.

Zaburzony instynkt macierzyński i brak odpowiedzialności wychowawczej, spowodowany niekontrolowanym już braniem, doprowadził do ograniczenia praw rodzicielskich XY. Wyniszczona psychicznie, z utraconymi zdolnościami intelektualnymi znalazła się na marginesie społecznym.

Obraz narkomana

Niegdyś narkoman postrzegany był jako śpiący, zabiedzony człowiek ze strzykawką w ręce, mieszkaniec dworca, cuchnący, odrażający w całym swym wymiarze. Część narkomanów rozpoznawana była po stylu ubierania się, choć w znacznej mierze był on indywidualny. Wiązało się to z aktualną modą, nurtem (np. hippisowskim): długie włosy, broda, korale i gitara na ramieniu.

Na ogół wszyscy narkomani byli zaniedbani pod względem higieny. Czasem posiadali ślady krwi na ubraniu, wypalone papierosami dziury. Tworzyli własną subkulturę, żyjąc obok społeczeństwa, którego nie akceptowali i którego się obawiali. Postawa buntu wobec tegoż społeczeństwa, jak i rodziny, łączyła się z chęcią przekształcania rzeczywistości.

Przez lata zmieniło się postrzeganie narkomana jako osoby niechlujnie ubranej, przesiadującej na dworcu i odrażonej społecznie. To już stereotyp. Współczesny narkoman to osoba ubierająca się coraz częściej w markowe rzeczy, jeżdżąca luksusowym samochodem.

Narkotyki biorą lekarze, prawnicy, wysocy urzędnicy, właściciele dobrze prosperujących firm, ludzie sukcesu. W dni powszednie używają narkotyków w celach zwiększenia odporności fizycznej i psychicznej, a w weekendy - głównie dla rozrywki i relaksu. Ponadto, coraz częściej i to na ogromną wręcz skalę, po środki odurzające sięgają dzieci i młodzież. Nie wynika to z niedostatków finansowych rodziny, lecz częstokroć występuje w rodzinach dobrze sytuowanych. Ponad połowa uzależnionych pochodzi właśnie z zamożnych rodzin, „dobrych domów” i środowisk. Niejednokrotnie uczęszczają oni do liceów lub renomowanych uczelni. Są „oczkiem w głowie” rodziców, ukochanymi dziećmi, którym nic nie brakuje.

Problem tkwi zupełnie gdzie indziej. Rodzice nie widzą błędów, jakie popełniają. W pogoni za pracą, pieniędzmi nie mają czasu na rozmowę i obserwowanie dorastającego dziecka. Nie znają ani jego problemów, ani radości, bo tak naprawdę nie mają kiedy ich poznać. Zaburzona jest więź emocjonalna między dziećmi a rodzicami, przy czym ci ostatni wykazują nadopiekuńczość lub odrzucający model wychowania.

Wiek osób uzależnionych, a także podejmujących inicjację narkotyczną, obniża się. W im młodszy wiek jednostka zacznie używać narkotyków, tym szybciej uzależni się i większe będą tego negatywne konsekwencje.

Generalnie, mówi się o trzech kategoriach młodych narkomanów:

1. Mogą, lecz nie chcą skończyć z nałogiem.
2. Chcą, ale same nie są w stanie tego zaprzestać.
3. Nie chcą i nie mogą wyjść z nałogu.

W wyobrazeniach większości Polaków narkomanami mogą zostać osoby z rodzin patologicznych. Dlatego nikt nie przypuszcza, że może to spotkać ich własne dziecko. Podobne doświadczenia w życiu miała osoba przeze mnie badana. Wprawdzie sytuacja finansowa jej rodziny nie była najlepsza, ale zawsze była czysto ubrana i najedzona. Zabrakło czujności matki;

zupełnie brakowało bliskiego kontaktu rodziców z badaną. Nastolatka wychodziła z domu do szkoły, jak przykładne grzeczne dziecko. Czytała książki, głównie dotyczące narkotyków. Matka widząc to żyła w przeświadczeniu, że córka czyta tak wiele, bo chce poznać skutki uboczne środków odurzających.

»...książki o narkotykach bardzo mnie interesowały. Im więcej o nich czytałam, tym bardziej chciałam spróbować, sprawdzić czy to, co piszą jest prawdą. Wielu moich znajomych już coś brało, chociażby wąchali klej. Przecież połowa uczniów mojej szkoły „ćpala”, mieli się całkiem nieźle...W domu były awantury i wyzwiska. Ojciec ciągle przychodził pijany, więc cała uwaga była skierowana na niego. Uciekałam z domu, bo miałam tego dość. Robiłam swoje...Pierwszy był klej, następnie kolejne narkotyki... «.

Jak pisze Marek Kotański, „narkoman jest w gruncie rzeczy bezbronnym człowiekiem, pełnym sprzeczności i lęków, pozbawionym naturalnej odporności na stres codziennej egzystencji, pogardzonym przez bliskich i społeczeństwo, zagubionym i bezwolnym... Narkomani odrzuceni często przez własnych rodziców, pozbawieni często wzorów do naśladowania, są w gruncie rzeczy bezbronni, a przez to niezwykle podatni na przyklejanie się do nich wszelkich nieczystości. Powinni oni być naszym wyrzutem sumienia, będąc przecież tworem naszego nieudanego życia osobistego i społecznego...”.

Pomimo skali zjawiska narkotyki cały czas są tematem mitycznym i tabu. Rodzice nadal odzracają możliwość, że ich dziecko mogło po nie sięgnąć. Jak pisze Tomasz Harasimowicz, specjalista terapii i profilaktyki uzależnień, „...są powszechne acz nielegalne. Nie ma w Warszawie takiego miejsca, żeby w promieniu 500 m nie można było ich kupić, a nawet jeśli, to wystarczy zadzwonić”. Ewa Szmerdt-Sisicka, specjalista psychiatra uzależnień, twierdzi, że „narkotyk dostarczany jest szybciej niż pizza na telefon”.

Narkoman potrafi doskonale maskować się, nie wzbudza wtedy podejrzeń swoim zachowaniem. Nie ma znacznych wkluc – rzadko przyjmuje opiaty, nie używa strzykawek. Najbliższe otoczenie, niestety, nie zdaje sobie sprawy, że ma do czynienia z osobą już uzależnioną. Tymczasem sam narkoman nie jest świadomy pogrążania się w nałogu. Nie posiada wiedzy na temat zagrożeń związanych z narkomanią, jednakże zna różnego rodzaju środki psychoaktywne.

Specyficzne są relacje z otoczeniem. Narkoman jest zazwyczaj zamknięty w sobie, odizolowany od reszty ludzi, ufa tylko nielicznym. Przyjacielem jest tylko ten, który ma „działkę”, bo towar jest dla niego najważniejszy. Również środowisko narkomana jest specyficzne: są to miejsca, w których spokojnie można wziąć działkę.

...» "Na bajzlu" było fajnie. Tam byliśmy wszyscy razem, narkotyki były w zasięgu ręki...Chodziłam też często do lasu. Było cicho i spokojnie. Nikt mnie nie widział...Spotykaliśmy się również w mieszkaniu kolegi, była to melina. Znajomi chodzili do szalet miejskich, pod mosty, w tunele – tam nigdy z nimi nie byłam.«.*

* na bajzlu – miejsce spotkań narkomanów

Narkoman na ogół jest osobą samotną. Nie ma przyjaciół, ale utrzymuje kontakt z innymi narkomanami wyłącznie po to, aby w razie kryzysu poratowali go „działką”. Dziwne są relacje także między samymi narkomanami. Tolerują się, kochają, lubią ze sobą rozmawiać i wspólnie przebywać wtedy, gdy jest towar. Brak pieniędzy i koniecznej „działki”, to podstawa do kłótni i obelg.

Zmienia się również świat w oczach narkomana. Jest on zniekształcony, wydaje się być niebezpiecznym. Często zdarzają się wybuchy nieuzasadnionej złości, gniewu, okazywanie wrogo-

ści, arogancji, agresji i wulgarności, szczególnie w stosunku do rodziców, nauczycieli, którzy zadają zbyt dużo pytań i wykazują nadmierne zainteresowanie osobą uzależnioną. Narastające problemy prowadzą narkomanów do depresji, a nierzadko skłaniają do samobójstwa.

Marek Kotański pisze: „narkomania jest naprawdę określeniem okrutnego w swej wymowie stanu duszy i ciała człowieka, który nie potrafi żyć we współczesnym świecie, wymagającym bezwzględnej przystosowania się do napięć, konfliktów, szurzącego wyścigu, którego upragnionym końcem ma być za wszelką cenę sukces...”

Ludzie ci zgubili się kiedyś, lub których zgubiono w życiu, są zabłąkani w obszarach nieudanego życia w ocenie społecznej.

Normą moralną jest inna norma, różniąca się od powszechnie uznawanych. Codziennością jest lęk i zagrożenie. Wielu spośród nich zostaje narkomanami, zupełnie nieświadomie wchodząc w głąb otchłani – uludy szczęścia – na samo dno bólu i często strasznej śmierci... Na samym dnie osobowości znajduje się warstwa dobra, czasem nawet idealna: niespaczone marzenia, uzdolnienia i zdrowe ambicje, które zostały pokryte grubą powłoką zaburzeń zachowania, wykształconych przez nieprawidłowości okresu dzieciństwa i młodości. Tworzy się wówczas warstwa nieprzystosowania: skrytość, agresja, zaburzona samoocena, kompleksy i niespełnione nadzieje. Jest ona pożywką pod powstanie trzeciej warstwy – warstwy narkomanii. W trakcie rozwoju nałogu narasta na niej brud, związany z upodlonym życiem narkomana, które podporządkowane jest bez reszty narkotykowi i sposobom jego zdobywania. Zawartością tej wierzchniej warstwy osobowości narkomana, która tak bardzo bulwersuje społeczeństwo stają się: oszustwo, bezwzględność i cynizm, niekiedy okrucieństwo, a wnet działalność przestępcza...”

»...musiałam kraść, bo potrzebowałam pieniędzy na „działkę”« – mówi osoba badana.

W kontakcie z osobami poszukującymi pomocy, personel musi stworzyć właściwy klimat służący pozytywnym relacjom.

PRZEBIEG TERAPII OSOBY BADANEJ

Przebieg procesu leczenia osoby badanej w warunkach ambulatoryjnych

Ośrodek Terapii Uzależnień koło Warszawy.

»...Nie potrafiłam sama uwolnić się od tego nałogu. Wiedziałam, że jest już źle. Bez narkotyku nie mogłam żyć.

Kiedy przestałam kontrolować dawki, mój stan się coraz bardziej pogarszał. Bardzo mało jadłam – niekiedy raz dziennie, spadłam na wadze około 15 kg. Budziłam postrach na ulicy. Znajomi wytykali mnie palcami.

Przestałam całkowicie kontaktować się z córeczką. Momentami przychodził tylko prześwit o istnieniu dziecka. Na niczym właściwie już mi nie zależało.

Nastął dzień przypadkowego spotkania z ojcem córki, który oświadczył, że kieruje sprawę do sądu o całkowite odebranie mi praw rodzicielskich. Miałam je już częściowo odebrane. Mimo odurzenia był to dla mnie „grom z jasnego nieba”. Wszystko, tylko nie to. Mam prawo do niej, bo ja ją urodziłam! Wykrzyczałam ostatkiem sił.

Leczenie to ostatnia szansa. Presja rodziny (siostry i matki) oraz obawa przed utratą dziecka, zmotywowały mnie do zgłoszenia się do ośrodka. Zbuntowana i jednocześnie bezsilna podjęłam rozmowę z terapeutą. Zadawał pytania, na które nie zawsze chciałam odpowiedzieć lub

klamałam. Człowiek ten zaimponował mi tym, że słuchał mnie spokojnie, mówił nie wydając poleceń, pochwalił moją decyzję. Nie zakazał mi nawet używania narkotyków. Skierował propozycje terapii do przemyślenia. O kolejnym spotkaniu miałam zdecydować sama.

Balam się powrotu do domu – „meliny”, w której mieszkałam z innymi narkomanami. Dalej ćpałam razem z nimi, aby się nie zorientowali, że próbuję od nich odejść. Odważyłam się o wszystkim powiedzieć koledze, który od dłuższego czasu mnie namawiał, abym coś ze sobą zrobiła. Powiedział, że mam jeszcze szansę na odwyk, bo dla niego jest już za późno (kiedy przedawkowałam, wystraszył się, że odchodzę z tego świata). Nie powstrzymywał mnie, wręcz pochwalił moją decyzję. Rozmowa z nim dodała mi sił.

W przychodni pojawiłam się po 2 dniach. Terapeuta zdobył moje zaufanie. W rozmowie byłam bardziej otwarta, a on zwracał mi uwagę na kłamstwa, które do niego kierowałam na pierwszym spotkaniu.

Podjęłam próbę zmniejszania dawek.

Na spotkania przychodziłam 2-3 razy w tygodniu. Radziłam sobie coraz lepiej. Mimo dalszego życia w otoczeniu narkomanów nie odczuwałam presji z ich strony. Byłam jednak dalej „w ciągu”. Widział to mój terapeuta. Po zachowaniu i mimice twarzy (niekontrolowanej przeze mnie). Nauczyłam się nie zaprzeczać. Rozmawialiśmy na różne tematy, głównie dotyczące mojego życia.

Wtedy usłyszałam o warunkach skierowania mnie do ośrodka stacjonarnego w Jeleniej Górze. Podstawą był 2 tygodniowy okres abstynencyjny.

Coraz intensywniej nad sobą pracowałam – pożegnałam kolegów narkomanów i wróciłam do domu rodzinnego. Regularne odżywianie, sport, spacer i zabawa z dzieckiem. Walczyłam z objawami głodu narkotycznego – oddalałam się od sąsiadów, aby nie widzieć ich spojrzenia. Musiałam powstrzymywać złość i agresję. Jeździłam rowerem do lasu, aby głośno się wykrzyzczyć. Zmęczenie pomagało mi przesypiać wiele godzin. Ćpałam tylko rano przez 2 dni, kolejne były już bez narkotyku. Moja psychika była nakierowana w stronę podania „prochów”. Zależność ta zmuszała mnie do wstrzyknięcia czegośkolwiek. Wiedziałam, ile stracę, gdy zacznę znowu brać. Moim lekarstwem stała się przegotowana woda, którą podawałam sobie do żyły, aby uniknąć stanu napięcia. Przez tydzień prowadziłam taką grę – po podaniu wody moje samopoczucie poprawiało się. Terapeuta mi nie wierzył, a zachowanie nadal wzbudzało podejrzenia. Dał mi kolejne 2 tygodnie. Utrzymałam się w całkowitej abstynencji. Otrzymałam zgodę na dalsze leczenie – psychoterapię w Monarze (ośrodek stacjonarny „Czerwony Dworek”). Spakowałam najpotrzebniejsze rzeczy i rano byłam już na miejscu»

Przebieg terapii osoby badanej w warunkach stacjonarnych

Osoba uzależniona została skierowana do ośrodka stacjonarnego Monar po przebytej terapii w placówce ambulatoryjnej. Przyjęta z chwiejną motywacją wewnętrzną.

»...w drodze do ośrodka chciałam wysiąść z pociągu i wrócić z powrotem, powstrzymała mnie tylko myśl o dziecku...«.

Pierwotną motywacją do leczenia było odzyskanie pełnych praw rodzicielskich do córki.

W programie terapeutycznym plan wyjścia zakłada usamodzielnienie się. W związku z powyższym kierowano siły na wzmocnienie wiary w możliwości badanej, realność celów i dążeń oraz samodzielność.

W początkowej fazie terapii osoba walcząca z uzależnieniem wykazywała niską samoocenę, nie wierzyła we własne możliwości. Boleśnie przeżywała sytuacje, w których osiągała sukces. Starła się je zminimalizować lub im zaprzeczać, przypisując to czynnikom zewnętrznym.

Do warunków w ośrodku, obowiązujących norm i zasad nie mogła się dostosować. Nie potrafiła wywiązywać się z przydzielonych jej funkcji. Przez to otrzymywała informacje zwrotne od Społeczności Terapeutycznej.

Na poszczególnych szczeblach w hierarchii ośrodka przebywała w czasie wydłużonym o 2-3 miesiące. Dopiero wkraczając w etap *monarowca* w 17-tym miesiącu pobytu zauważalna była zmiana postępowania i znaczące efekty terapii.

W procesie leczenia badanej nie uczestniczyła rodzina. Osoba badana nie wykazywała chęci kontaktu z najbliższymi.

» ...nie chciałam wracać do domu, który już moim domem nie był...«.

W społeczności odnalazła przyjaciół, a ośrodek traktowała jak azyl. Lider placówki stał się dla badanej największym autorytetem.

Realizując plan wyjścia podjęła pracę zarobkową, pokonując trudności w nawiązywaniu kontaktów międzyludzkich. Znaczne postępy w terapii i utrzymanie abstynencji poza ośrodkiem przyczyniły się do pozytywnej opinii kadry i badana uzyskała miano *neofity*.

Szczęściem nie cieszyła się zbyt długo. Ojciec dziecka bowiem założył sprawę o alimenty. Na odwołanie od wyroku było już za późno. Komornik pobierał 60% jej dochodu. Wpadła w alkoholizm – sięgnęła po negatywny wzorzec rodzinny. Alkohol regulował jej emocje. Załamanie psychiczne doprowadziło ją na skraj wytrzymałości – podjęła próbę samobójczą (podcięcie żył).

Mimo stresu, jaki przeżyła już w pierwszym stadium „wolności”, utrzymała jednak abstynencję narkotyczną. Pomoc postrehabilitacyjną w tym okresie ofiarował jej ośrodek *Monar* w Jeleniej Górze. Nieodpłatnie mogła korzystać z mieszkania, żywiła się również w placówce. Otrzymywała wsparcie psychiczne. Otoczona życzliwością ludzi podjęła pracę w nowym miejscu i o wyższych dochodach.

Dzięki sytuacji, którą stworzyła badanej XY placówka, regularnie mogła spłacać zaległości i bieżące alimenty.

»...nie chcę opuszczać tej miejscowości, bo tylko tutaj mam przyjaciół...«.

Obecnie XY usamodzielniała się. Wynajmuje mieszkanie w pobliżu ośrodka. Pracuje w systemie 3-zmianowym. Regularnie raz w tygodniu odwiedza *Monar*. Spotyka się z początkującymi pacjentami, służąc im swoim doświadczeniem.

W opinii specjalistów terapii uzależnień XY jest „sukcesem terapeutycznym” – *Jesteśmy silni siłą wyleczonych*. *Neofitka* ta jest wzorem dla innych, wyrabia motywację i sens, że warto walczyć. Mimo wszystko potrzebuje ona nadal kontaktu korygującego z terapeutami, wzmocnienia w sensie psychicznym, możliwości dzielenia się problemami. Ma wówczas poczucie bezpieczeństwa i zaufania.

Proces zmiany osoby badanej

Społeczność terapeutyczna tworzy podstawową formę, w której przebiegała resocjalizacja, wychowanie i terapia badanej osoby XY. Poprzez tę formę życia zbiorowego osiągnęła ona znaczące i pożądane zmiany w zachowaniu, przybliżające cel, jakim było wyleczenie z uzależ-

nienia. Społeczność terapeutyczna stanowiła dla XY istotny czynnik przygotowujący do podejmowania w sposób odpowiedzialny ról i zadań osoby dorosłej w rzeczywistym życiu społecznym, do którego powróciła po zakończonym pobycie w ośrodku.

Społeczność spełniała wiele funkcji. Pierwszą z nich była funkcja rodzinna, które dała jej poczucie bezpieczeństwa i przynależności, dostarczyła wzorców zachowań w bliskich relacjach interpersonalnych. Skorygowała również wynikające z przeszłych uwarunkowań destrukcyjne zachowania, w których dominowały takie uczucia jak gniew, złość, nienawiść, wstyd, żal i lęk oraz poczucie winy i osamotnienia. Rozwinęła ufność, szczerość, życzliwość, odpowiedzialność, chęć niesienia pomocy, miłość. Nauczyła ją nowych sposobów rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie z sytuacjami stresu i napięć.

Proces przemiany charakteru, postawy i zachowania XY był długi i rozciągnięty w czasie. Rozwinęła się w niej jednak świadomość i umiejętność różnicowania zachowań właściwych i niewłaściwych. Z drugiej strony nauczyła się odpowiedzialności za swoje zachowania w postaci ponoszenia konsekwencji.

Kolejną funkcją, którą spełniała społeczność było tworzenie warunków do rozwoju umiejętności interpersonalnych u XY i zapewniła jej możliwość nawiązywania bliskich międzyludzkich relacji. Dzięki spotkaniom z członkami grupy nauczyła się otwartej komunikacji, swobodnego stawiania pytań, rozpoznawania i wyrażania swoich uczuć oraz kształtowania postaw asertywnych.

Poprzez pełnienie szeregu ról, związanych z obowiązkami na terenie ośrodka, przygotowała się do przyszłego, dojrzałego życia na zewnątrz.

Ośrodek *Monar* był miejscem nauki życia, bowiem właśnie w nim XY uczyła się na nowo jak kierować swoim postępowaniem, jak układać swoje stosunki z innymi ludźmi, aby dawać sobie radę w życiu bez uciekania się do narkotyków. Poprzez wywartą presję zmuszona została niejako do modyfikacji zachowań dewiacyjnych na zachowania społecznie akceptowane. W społeczności znalazła oparcie oraz więź emocjonalną i społeczną, której tak bardzo jej brakowało w okresie narkotycznej drogi.

Wychodząc spod ochronnego „klosza społeczności”, wyposażona w nowy system wartości, idealizuje rzeczywistość i zasady życia, które nią rządzą. Spostrzega relacje międzyludzkie w społeczeństwie jako czarno-biały „schemat dobra i zła”. Pozbawiona już teraz bezpośredniej ochrony społeczności musi w końcu skonfrontować swoje nowe zasady i normy z prawdziwym, skomplikowanym życiem, które toczyło się nieprzerwanie w otwartym społeczeństwie przez cały czas narkotycznego uzależnienia.

Stała przed trudnym życiowym wyborem. W pierwszym etapie samodzielnego życia przeżyła rodzaj przyspieszonego dorastania, zarówno społecznego jak i moralnego, aby ustabilizować swoje schematyczne dotąd zasady i postawy na linii kompromisu. Obecnie, możliwie najbardziej konsekwentnie i skutecznie, unika konfrontacji z patologicznymi przejawami życia społecznego, które niegdyś stały się jedną z przyczyn nieprzystosowania i ucieczki w świat narkotyków.

Jako neofita, osoba z sukcesem terapeutycznym ma do spełnienia obowiązek dawania swoim życiem świadectwa, że możliwe jest podźwignięcie się z tak głębokiego upadku. Dla osób takich jak XY, najważniejsza jest świadomość siebie, którą to mogła osiągnąć podczas konfron-

tacji norm i zasad nabytych w Społeczności Terapeutycznej ośrodka *Monar* z rzeczywistością. Konfrontacja ta dotyczy nie tylko istniejących relacji w społeczeństwie, jest to także konfrontacja samej siebie z założonymi celami i planami życiowymi, które są jeszcze dalekie do realizacji. Na drodze tej stoją bowiem przeszkody natury emocjonalnej, brak stabilizacji zawodowej i ciągle trwający opór przed odpowiedzialnością w wychowaniu 4-letniej córeczki. Do przełamania tych barier, zdaniem specjalistów terapii uzależnień ośrodka *Monar*, w którym leczona była XY, potrzebny jest czas.

Powrót do środowiska, w którym poniekąd powstała patologia uzależnienia i brak jest nadal otwartych relacji międzyludzkich (dotyczy głównie ojca dziecka), może spowodować załamanie badanej i ponowną ucieczkę w narkotyki. Takiej sytuacji neofitka jest w pełni świadoma, dlatego też wybrała życie ukierunkowane na rozwój osobowości, osiągnięcie stabilizacji i pewności siebie. Są to czynniki bardzo istotne w jej życiu, ponieważ w przyszłości pozwolą na bardziej odważne zmierzenie się z problemami i odpowiedzialnością wychowawczą.

W rozmowie z badaną ujawniła się chęć ucieczki od istniejącego konfliktu rodzinnego w wir pracy.

»...liczy się teraz dla mnie praca, w której mogę trwać nieustannie, niewielkie lokum i kontakt z ośrodkiem. Muszę odzyskać córeczkę, bo coraz bardziej się od niej oddalam. «

Analizując ten sposób postępowania można wnioskować, iż każdy dodatkowy negatywny bodziec stanowi niebezpieczeństwo powrotu do narkotyku. Nasuwa się istota braku realizacji jednego z programów samopomocowych, jakim jest HALT.

Moje spostrzeżenia przekazane terapeutom ośrodka *Monar* znalazły odzwierciedlenie w natchmiastowej interwencji lidera grupy, który stanowi autorytet dla XY. Odpowiednie, profesjonalne ukierunkowanie XY spowodowało, iż zmieniła nieco swój styl życia. Praca nadal jest jej życiowym obowiązkiem, lecz nie stanowi „utopii problemów”. Aktualnie, XY znajduje czas na spotkania ze znajomymi neofitami, wyjście do kina czy teatru, czytanie książek i turystyczne wycieczki.

Realizacja zainteresowań staje się z pewnością źródłem wielu pozytywnych wzmocnień, zaspokajając potrzeby intelektualne i emocjonalne, a poniekąd ambicje życiowe, które ze względu na brak formalnych i materialnych możliwości nie mogły lub nie mogą być zaspokojone w aktualnych warunkach życiowych. XY, opuszczając ośrodek, świadoma była większości czekających ją trudności i płynących z nich zagrożeń dla świeżo ustrukturalizowanych postaw uczciwości i abstynencji. Ma również poczucie „spóźnienia w życiu”, teraz, gdy już lata narkomańskiej gehenny pozostały za nią, chce normalnie żyć, jak wszyscy ludzie.

Ocena systemu leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w Polsce

W ekspertyzie zleconej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, obejmującej prawie wszystkie województwa naszego kraju, poddano ocenie system leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania przeprowadzone w 2005 roku drogą ankiety wykazały, że głównym celem leczenia niemal wszystkich placówek (poradnie, oddziały detoksykacyjne, ośrodki rehabilitacyjne, programy substytucyjne) jest abstynencja, a następnie poprawa jakości życia. Świadczenia dostępne w badanych placówkach pogrupowano

na 5 kategorii: świadczenia diagnostyczne, testy laboratoryjne, świadczenia terapeutyczne, postrehabilitacyjne i inne, tj. wymiana igieł i strzykawek, opieka nad zdrowiem somatycznym. Jednakże dostęp do oferowanych świadczeń jest zróżnicowany, czasem wręcz ograniczony. W przypadku oferty terapeutycznej uwzględniono: poradnictwo, terapię grupową, terapię indywidualną oraz rodzinną. Wyniki badań potwierdziły, że terapia indywidualna i grupowa realizowane są w przeszło 90% placówek, poradnictwo w 73%, zaś terapia rodzinna w 67% ośrodków rehabilitacyjnych.

W zakresie świadczeń postrehabilitacyjnych oferty pomocy są silnie zróżnicowane, a obejmują najczęściej pomoc w podjęciu nauki, pracy czy znalezieniu mieszkania.

Efekty terapeutyczne osób walczących z opisywanym nałogiem wiążą się ściśle z liczbą pacjentów, którzy rozpoczęli, kontynuują lub zakończyli leczenie. Prawie we wszystkich placówkach „z leczenia wypada” około 20% pacjentów (w przypadku poradni odsetek ten sięga 40-70%), w ośrodkach rehabilitacyjnych ta selekcja jest na początku programu nieco słabsza. W połowie poradni kończy leczenie mniej niż 30% pacjentów, a w co trzecim ośrodku rehabilitacyjnym odsetek ten wynosi 50-97%.

Nie sposób dokonać jednak pełnej oceny efektywności systemu leczenia i rehabilitacji ze względu na brak danych o wynikach leczenia i funkcjonowania pacjentów po jego zakończeniu.

PODSUMOWANIE

W procesie zmiany postawy życiowej osób uzależnionych od narkotyków istnieje niezaprzeczalna potrzeba funkcjonowania placówek terapeutycznych.

Jak wykazano w niniejszej pracy, wszelkie grupowe formy wsparcia, zwłaszcza społeczność terapeutyczna, wywierają najbardziej pozytywny wpływ na wyleczenie osób, które popadły w nałóg.

Dzięki tej właśnie terapii została odbudowana autonomia osobista badanej kobiety. Dała jej oparcie do coraz odważniejszych i wnikliwszych ocen swojego dawnego życia. Badana zrozumiała istotę dalszego zdrowienia i podjęła działania utrwalające jej trzeźwość. Regularnie przychodzi do *Monaru* i pomaga innym, wspierając w procesie terapeutycznym.

Stałam się „łącznikiem” pomiędzy osobą badaną a specjalistami terapii uzależnień. Swoje spostrzeżenia i refleksje, po każdym spotkaniu z badaną mogłam na bieżąco przekazywać kadry ośrodka.

Spotykałam się z badaną wielokrotnie; na każdym ze spotkań odkrywałam nowe wątki. Jestem jedną z bardzo nielicznych osób, przed którą potrafiła się otworzyć i szczerze opowiedzieć o wielu problemach, zarówno z przeszłości, jak i o tych, z którymi boryka się na co dzień.

Ponieważ jest to osoba bardzo nieufna, ma wąskie grono znajomych. Społeczeństwo stanowi dla niej „ścianę”, przez którą nie może się przebić. Niepokojącym jest fakt, iż ta bariera powoduje ucieczkę w samotność, często w wyczerpującą pracę.

Otwarcie również mówi o załamaniu asertywności, której mimo tak długiej terapii nie mogła się do końca nauczyć. Przez to też odcina się od obiektywnej rzeczywistości. Ma niską samoocenę, nie może wyzwolić się od lęku przed porażką.

Niegdyś narkotyk zastępował jej przyjaźń i seks, dostarczał pewności siebie i sztucznej energii. Jako osobę nieśmiałą i niepewną swej wartości, wpływ środków psychoaktywnych przekonywał do bystrości, błyskotliwości i twórczych działań. Nie ważne były wówczas realia, gdyż decydowały subiektywne odczucia odurzania się. Miała wtedy poczucie samowystarczalności. W rytuałach narkotycznych działań znajdowała stabilność i oparcie. Poszukiwała szczęścia poza sobą, zaspokojenia wewnętrznych potrzeb okresu dojrzewania, miłości rodzicielskiej i akceptacji rówieśniczej.

Taka recepta na życie wynikała bezpośrednio z pozbawionych wewnętrznych treści relacji, jakie nawiązywała z innymi, z własną psychiką i ciałem, ze światem fizycznym. Uzależnienie stało się dla badanej stylem życia, sposobem radzenia sobie z otoczeniem i samym sobą.

Duże znaczenie ma zatem doświadczane wsparcie społeczne. Sama świadomość, że można liczyć na czyjąś pomoc jest dla badanej bardzo ważna z wielu względów – daje poczucie zintegrowania, przynależności i bezpieczeństwa.

Należy nadmienić, że do domu rodzinnego badana nie chce wracać, bo jest dla niej obcy. Nie potrafi się w nim odnaleźć. Ma bowiem wrażenie, że ciągle jest obserwowana i oceniana. Bardzo tęskni za córeczką i to właśnie dla niej musi zmagać się z losem. Gdyby nie świadomość życia dla dziecka, z tak słabą psychiką powróciłaby do narkotyków.

Z moich obserwacji wynika, że badana przechodzi obecnie ponowny kryzys psychiczny. Słabo radzi sobie w trudnych sytuacjach, lecz mimo wszystko nie poddaje się im. Aby zapobiec złamaniu abstynencji, nawrotowi choroby kobieta po leczeniu w ośrodku stacjonarnym powinna kontynuować proces terapii przez następne lata, a nawet do końca życia.

Osoba badana dostrzega swoją pozytywną inność, wracając myślami do pobytu w ośrodku. Różniła się od niektórych uzależnionych tym, że zależało jej bardzo na wyjściu z nałogu. Byli natomiast tacy, których ośrodek zniechęcał, nie mieli motywacji do leczenia i wtedy narkotyk zwyciężał.

Dzięki tematowi mojej pracy mogłam spotkać się z osobą będącą poniekąd wielkim sukcesem terapeutycznym. Obraz tej kobiety, analizowanie jej życia, przebiegu terapii i obserwacja terażniejszych poczynań bardzo wiele wniosło w moje osobiste życie.

Mam również olbrzymią satysfakcję, że stałam się jedną z niewielu osób, której zaufała. Mogłam jej służyć swoim doświadczeniem zawodowym i osobistym. Znalazła we mnie oparcie, nawiązałyśmy więź emocjonalną. Ofiarowałam jej swoją uwagę, mogłam dostrzec jej słabości, jak też możliwości, zalety i wzbudzić uczucia i aspiracje. Jedno z naszych spotkań zakończyło się słowami: *„dziękuję, że panią poznałam, tak bardzo mi pani pomogła”*.

Każda z grupowych form terapii ma swój cel i własne metody postępowania z pacjentem uzależnionym, ale wszystkie te odrębne metody interwencji klinicznych są niczym naczynia połączone i mają nadrzędny jeden cel, jakim jest przemiana całego człowieka.

Barbara Owsianka

Rola pielęgniarki szkolnej w zapobieganiu oraz zwalczaniu nadwagi i otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej (na przykładzie Gimnazjum w Zawidowie)

Promotor: doc. dr Adam Klar

Wprowadzenie

Zmiany zachodzące w obecnym stylu życia i zachowaniach zdrowotnych młodych ludzi dotyczące, w szczególności, sposobu odżywiania się i aktywności fizycznej mają ogromny wpływ na powstawanie nadwagi i otyłości wśród nastolatków. Zwiększające się oddziaływanie czynników cywilizacyjnych o charakterze społecznym (czynniki socjoekonomiczne, reklama, bardzo mała aktywność fizyczna), zaburzają dotychczasowe zachowania zdrowotne młodzieży. Wraz ze wzrostem dostępu do pożywienia wysokokalorycznego, chemicznie przetworzonego, o dużych walorach smakowych następuje gromadzenie dużych ilości zapasów energii; powoduje to zwiększenie masy tłuszczu stwarzając w konsekwencji podłoże otyłości u nastoletniej młodzieży.

Wszelkie zmiany dotyczące w ostatnich latach sfery i charakteru opieki zdrowotnej dotknęły również pielęgniarkę szkolną (włączenie rodzica do działań na rzecz zdrowia ich dzieci, obdarzenie uczniów prawem do decydowaniu o sobie, swoim zdrowiu oraz informowanie go o jego stanie zdrowia) i spowodowały powstanie dodatkowych wyzwań do prawidłowego wypełniania roli przez pielęgniarkę. Stała się on nauczycielem do spraw zdrowia, a wychodząc poza stereotypowy system działań, przyjęła na siebie rolę wychowawcy dobrego samopoczucia.

Pielęgniarka szkolna w małej miejscowości musi umieć współpracować z różnymi społecznościami, a w swych działaniach wykazywać się umiejętnością dobrej komunikacji, odpowiedzialnością, wrażliwością oraz dokładnością. Od dobrego współdziałania pielęgniarki szkolnej i pracowników szkoły zależy zbiorowe budowanie w szkole nastroju gwarantującego skuteczność działań w sferze promocji zdrowego stylu odżywiania się młodzieży. Osobami wspierającymi ją w tych działaniach powinni być nauczyciele wychowania fizycznego oraz rodzice nastoletniej młodzieży.

Wpływ otyłości na organizm młodego człowieka

Nadwaga i otyłość w okresie dojrzewania są czynnikami ryzyka występowania różnych poważnych chorób zarówno w młodym wieku jak i dorosłym. Liczne badania potwierdzają, że występowanie nadmiaru wagi w młodym wieku powoduje skrócenie życia.

Z powodu nagromadzenia się nadmiaru tkanki tłuszczowej wokół narządów jamy brzusznej dochodzi do utrudnienia w przesuwaniu treści pokarmowej. Zaleganie pokarmu jest przyczyną zaparcí oraz zwalniany zostaje przepływ żółci i soków jelitowych do dwunastnicy. Daje to w następstwie zapalenie pęcherzyka żółciowego czy kamice żółciową.

Tkanka tłuszczowa jest doskonałym izolatorem, chroni organizm przed wyziębieniem jak również oddaje ciepło, które jest gromadzone podczas upałów i pracy fizycznej. W przypadku nadmiaru tkanki tłuszczowej dochodzi do zaburzeń czynności termoregulacyjnych skóry. Otyły nastolatek łatwiej i częściej poci się a to z kolei sprzyja powstawaniu zmian skórnych.

Problemy psychologiczne uczniów gimnazjum związane z nadwagą i otyłością

W okresie dojrzewania ciało ogólnie sprawia młodemu człowiekowi sporo przykrych niespodzianek, a jego nadmiar powoduje negatywny wpływ na sposób postrzegania otyłego nastolatka zarówno przez samego siebie jak i przez otoczenie. Bardzo często sam nastolatek zauważa w sobie wiele niekorzystnych cech, zaniżając tym samym własną samoocenę, uważa się za osobę mającą trudności z nawiązaniem kontaktów z otoczeniem.

Otyły nastolatek ma trudności w ocenie rozmiaru swojego ciała, kłopot sprawia mu nawet kupowanie ubrania, gdyż trudno znaleźć odpowiedni rozmiar, a jeszcze trudniej stanąć przed lustrem w przymierzalni. Takie niezadowolenie z własnego wyglądu może być przyczyną podejmowania ryzykownych zachowań dla zdrowia.

Dzisiejsza moda również narzuca młodemu człowiekowi lansowanie szczupłej sylwetki, przez co nie ma on szansy zaakceptować siebie takim jakim jest. To przez czynniki kulturowe wiele młodych dziewcząt popada w anoreksję i bulimię. Niektórzy otyli szukają różnych rozwiązań z tej patowej sytuacji, sięgając po drastyczne diety, stosując głodówki lub zażywając tabletki odchudzające.

Negatywna samoocena własnego wyglądu wiąże się z obniżeniem zadowolenia z życia, często otyli są pomijani w zajęciach grupowych, gdyż niechętnie widzi się ich jako godnych rywali lub współzawodników. Młody otyły człowiek czuje się samotny, odrzucony, często krytykowany przez społeczeństwo, dlatego bezpieczniej czuje się w domu. W ten sposób powstaje błędne koło, ponieważ otyły nastolatek pozostaje częściej w domu przed telewizorem lub komputerem pogłębiając swój problem jakim jest otyłość. Poprzez zawstydzenie powstaje w nim niechęć do uczestniczenia w zajęciach grupowych oraz do spędzania wolnego czasu z rówieśnikami.

Niekorzystna ocena własnego wyglądu wśród otyłych nastolatków ma również niemałe znaczenie w ich osiągnięciach szkolnych. Małe zaufanie do własnych możliwości, niepewność w działaniu, powoduje, że gorzej się uczą od swoich rówieśników. Słabe oceny, brak cierpliwości ze strony dorosłych, niemożność przeciwstawienia się napotkanym trudnościom powodują mniejszą skuteczność w stawianiu czoła wymaganiom.

Samotność oraz nuda powodują dodatkową chęć jedzenia, używają go również jako sposobu blokowania stresu, lęku czy stanów depresyjnych lub jako substytutu miłości czy przyjaźni. Jedzenie często traktują jako nagrodę, której nie otrzymali od rodziców za niewielkie osiągnięcia. Brak akceptacji ze strony społeczeństwa oraz świadomość własnej nieatrakcyjności mogą stać się podstawą trudności emocjonalnych i społecznych w życiu dorosłym.

Praca pielęgniarki szkolnej z uczniami z nadwagą i otyłością. Poradnictwo dla uczniów. Scenariusze pracy z uczniami

Pielęgniarka szkolna jest jedną z pierwszych osób, które rozpoznają problem nadwagi i otyłości u nastolatków. Młodzież z nadmiarem wagi bardzo często zgłasza się do gabinetu medycyny szkolnej z objawami psychosomatycznymi (ból brzucha, głowy, zdenerwowanie, przygnębienie) lub w celu uzyskania zwolnienia z lekcji wychowania fizycznego.

Pielęgniarka szkolna traktując indywidualnie każdego ucznia, szanując jego godność, prywatność próbuje pomóc rozwiązać zaistniały problem. Wsparcie młodego człowieka przez pielęgniarkę jest podstawowym czynnikiem, który ma korzystny wpływ na jego samopoczucie oraz pozwala jej w nawiązaniu dobrego kontaktu z uczniem, przydaje się do tego umiejętność aktywnego słuchania, którą posiadają pielęgniarki. Nastolatek widząc zainteresowanie pielęgniarki jego problemem, chętniej podejmuje z nią współpracę aniżeli z innymi osobami. Pielęgniarka nie może oceniać, krytykować postępowania i wyglądu ucznia, w ten sposób pozwala dziecku uwierzyć w siebie i podjąć wysiłek jakim jest walka z nadmiarem kilogramów. Swoją wiedzę i doświadczenie w zakresie nadwagi i otyłości potrafi przełożyć na praktyczne działania w ich zwalczaniu. Pielęgniarka jest dobrym nauczycielem zdrowia dla swoich pacjentów (uczniów), jej rola to przygotowanie ich do współtworzenia swojego zdrowia. W przypadku otyłego nastolatka uświadamia mu, że to on ponosi odpowiedzialność za powodzenie w leczeniu.

Podczas indywidualnych rozmów z uczniem pielęgniarka stara się ustalić co jest przyczyną powstania zbędnych kilogramów. Następnie próbuje rozbudzić w nim chęć pozbycia się nadwagi. Pielęgniarka pracując nad zwiększeniem świadomości otyłego nastolatka powinna przedstawić jakie skutki zdrowotne dla młodego organizmu niosą zbędne kilogramy. Musi również omówić z uczniem korzyści zdrowotne, estetyczne i psychologiczne płynące z pozbycia się nadwagi, oraz że im wcześniej zostaną przez niego podjęte odpowiednie działania, tym większą dają mu szansę na osiągnięcie sukcesu. W momencie kiedy młody człowiek uwiadomi sobie na czym polega jego problem należy zacząć działania.

Uczeń z pomocą pielęgniarki zakłada dzienniczek żywieniowy na 1 tydzień, w którym powinien zamieścić informacje dotyczące jego dotychczasowego sposobu odżywiania się. Dane dotyczą tego, co je na co dzień, w jakich ilościach, czy podjada między posiłkami. Na podstawie zebranych informacji pielęgniarka wraz z uczniem dokonuje analizy popełnianych błędów przez ucznia. Następnie na ich podstawie ustala indywidualne poradnictwo żywieniowe dla nastolatka. Młody człowiek musi wiedzieć, że ogromne znaczenie dla zdrowia ma właściwy styl życia, w tym prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczna, ale najistotniejsze to wprowadzenie stałych zmian dotychczasowych zachowań żywieniowych.

Pielęgniarka pomaga również w ułożeniu jadłospisu, który będzie najkorzystniejszy dla danego ucznia. Młodzież gimnazjalna najczęściej w tej kwestii popełnia mnóstwo błędów.

Pielęgniarka szkolna nadzoruje pracę ucznia, która zmierza do pozbycia się zbędnych kilogramów. Ocenia efekty przez systematyczne pomiary wagi i odnotowuje je w karcie zdrowia ucznia. Umawia się z uczniem na indywidualne rozmowy, podczas których sprawdza jak nastolatek radzi sobie z wprowadzonymi zmianami w żywieniu. Wspiera go w chwilach zwątpienia, jest otwarta na rozwiązywanie jego problemów. Pozwala poczuć się uczniowi bezpiecznie oraz daje mu pewność, że nie jest pozostawiony samemu sobie. Podkreśla, że odchudzanie jest procesem długim, trwającym czasami kilka lat. Pielęgniarka mobilizuje nastolatka do prowadzenia samokontroli w czasie leczenia nadwagi i otyłości.

W czasie współpracy pielęgniarki z otyłą młodzieżą może ona stworzyć grupę wsparcia w danej szkole. Grupa będzie dobrą okazją do zebrania informacji przez nastolatków odnośnie metod radzenia sobie z nadwagą. Młodzi ludzie mogą wymienić między sobą doświadczenia, w jaki sposób realizują zalecenia dietetyczne oraz odnajdą błędy jakie popełniają w dotychczasowym odżywianiu się. Wspólnie mogą dokonywać pomiarów wagi, w ten sposób działając na siebie mobilizująco do lepszej pracy nad sobą. Otyli uczniowie przebywając w grupie z ludźmi o podobnych problemach uczą się jak radzić sobie z negatywnymi emocjami, poczuciem samotności. Czasami spotkania z grupą są jedyną okazją do kontaktu z rówieśnikami. Należy pamiętać, że tylko wsparcie osób będących w pobliżu otyłej młodzieży gwarantuje osiągnięcie przez nią sukcesu w walce z nadwagą i otyłością.

Współpraca pielęgniarki szkolnej z rodzicami uczniów z nadwagą i otyłością

Podstawowe wartości prozdrowotne są młodemu człowiekowi wpajane przede wszystkim w domu. To rodzina wpływa na postawę młodej osoby wobec zdrowia (zwyczaje i nawyki żywieniowe, aktywny tryb życia). W codziennym życiu dziecko nabywa umiejętności związane z wyborem jedzenia, sposobem spożywania posiłków. Rodzice zatem pełnią podstawową rolę w kształtowaniu pozytywnych lub negatywnych postaw w tym zakresie.

Rolą pielęgniarki szkolnej współpracującej z rodzicami otyłego nastolatka jest rozpoznanie sytuacji zdrowotnej panującej w konkretnej rodzinie. Należy przeprowadzić wywiad środowiskowy, dzięki któremu pielęgniarka może dokonać obserwacji jaką postawę zdrowotną reprezentują rodzice, jaka jest ich świadomość oraz co spowodowało powstanie nadwagi u ich dziecka.

Pielęgniarka szkolna powinna swoje działania skupić na edukacji rodziców. Powinna wyjaśnić im, jakie skutki zdrowotne wynikają z nadmiaru wagi u ich dziecka oraz przedstawić korzyści płynące z leczenia nadwagi i otyłości. Zmiana w myśleniu rodziców jest konieczna, by mogli pomóc nastolatkowi zredukować zbędne kilogramy. Najważniejsze jest przyjęcie odpowiedzialnej postawy przez rodziców wobec problemu własnych dzieci. Nastolatek musi być pozytywnie nastawiony do zmiany dotychczasowego sposobu odżywiania. Cała rodzina powinna uczestniczyć w procesie odchudzania nastolatka, wszyscy członkowie rodziny muszą poważnie potraktować problem i opracować wspólny sposób zdrowego odżywiania się. Łatwiej wówczas otyłemu dziecku ograniczać spożywanie zakazanych produktów.

Ogromny nacisk należy położyć na zwiększenie aktywności fizycznej całej rodziny, angażując w to otyłego nastolatka. To w niej powinien znaleźć dobry przykład i zachętę do uprawiania sportu. Rodzice wraz z dzieckiem dokonują wyboru dyscyplin sportowych, które mu najbardziej odpowiadają. Pielęgniarka musi dopilnować, aby dotychczasowy siedzący tryb życia zamienili na bardziej aktywny. Może utworzyć grupę wsparcia, do której zaprosi otyłych nastolatków wraz z ich rodzicami w celu zorganizowania grupowych zajęć sportowych.

Ważnym zadaniem jakie należy do pielęgniarki szkolnej jest uświadomienie rodzicom, jak mają wspierać swoje dziecko w czasie odchudzania. Wprowadzenie w rodzinie partnerskiego dialogu rodzic-dziecko jest podstawą dobrej atmosfery w domu, a to z kolei korzystnie wpływa na motywację młodego człowieka do podjęcia działań zmniejszających kilogramy.

Współpraca pielęgniarki szkolnej nauczycielem wychowania fizycznego

W dzisiejszych czasach aktywność ruchowa wśród młodzieży maleje. Wpływa na to wiele czynników, do których należy, między innymi, zaliczyć: postęp cywilizacji, większą automatyzację codziennego otoczenia człowieka oraz nadmiar obowiązków nakładanych na nastolatków (głównie przez szkołę). Dzieci najczęściej do szkoły dowożone są przez rodziców samochodami lub korzystają z komunikacji miejskiej. Tu pojawiają się niezbędne działania ze strony szkoły, która ma za zadanie zwiększyć aktywność fizyczną dorastającej młodzieży. Ogromną rolę do spełnienia mają pielęgniarki szkolne, które współpracując z nauczycielami wychowania fizycznego opracowują plan działań zmierzający do zmniejszenia występowania nadwagi i otyłości wśród uczniów gimnazjum. To od nich zależy w jakim stopniu przyczynią się do zmniejszenia zagrożeń rozwoju fizycznego młodzieży, spowodowanych nadwagą i otyłością. Najprostszą formą współpracy pielęgniarki z nauczycielem jest rzetelna wymiana informacji o otyłym nastolatku oraz podjęcie wspólnych działań na rzecz obniżenia zbędnych kilogramów.

Pielęgniarka szkolna powinna zwrócić uwagę na podejście nauczyciela do otyłego nastolatka. Obecnie większość z nich skupia się głównie na osiągnięciach sportowych ucznia, a nie na jego możliwościach. Liczą się dla nich tylko uczniowie, którzy są uzdolnieni ruchowo oraz sprawni fizycznie; otyły nastolatek ma małe szanse na rozwinięcie swoich możliwości sportowych, a przy tym zmniejszenie swojej nadwagi.

Otyła młodzież musi być akceptowana przez nauczyciela, który swoją postawą pozytywnie wpłynie na pozostałych uczniów, a lekcje wychowania fizycznego nie będą wyzwalają w niej lęku czy strachu. Serdeczny stosunek nauczyciela do otyłych uczniów zmieni ich nastawienie do lekcji wychowania fizycznego. Swoim działaniem powinien starać się unikać sytuacji, w których uczeń z nadwagą i otyłością może być narażony na kpinę ze strony kolegów. Nauczyciel powinien kłaść głównie nacisk na zaangażowanie otyłego ucznia, mniej natomiast na wyniki osiągane w poszczególnych konkurencjach sportowych. Pielęgniarka ocenia efekty zdrowotne jakie dla ucznia przynosi zwiększenie aktywności fizycznej, chwalać go i motywując do dalszej pracy.

BADANIA WŁASNE

Cel i obszar badań

Przeprowadziłam anonimową ankietę wśród uczniów Gimnazjum w Zawidowie, mającą na celu określenie, czy współczesny nastolatek jest narażony na nadwagę i otyłość, a jeśli tak, to w jakim stopniu, czy jego zachowania zdrowotne mają szczególny wpływ na powstawanie nadmiaru wagi oraz jak wygląda jego sposób odżywiania się.

Sondaż został przeprowadzony w grudniu 2007 roku. Badaniem objęto dwie grupy uczniów: otyłych i nie otyłych. Ankiety wypełniło 60 dziewcząt i 60 chłopców w wieku 13-15 lat. Wszystkie ankiety (120) zostały oddane i wypełnione w całości.

Jako metodę badawczą zastosowałam sondaż diagnostyczny, zaś narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, która składała się z 21 pytań. Pytania zostały postawione w taki sposób, aby zdobyte na tej podstawie dane pozwoliły ocenić czy ankietowani prawidłowo odżywają się, jaka jest ich wiedza na temat różnorodności potraw oraz regularności posiłków oraz jaka jest ich aktywność ruchowa.

Anonimowość ankiety pozwoliła na otrzymanie w miarę uczciwych odpowiedzi, które obejmowały sposób odżywiania się młodzieży gimnazjalnej. Badania zostały przeprowadzone w czasie lekcji wychowawczych za zgodą nauczycieli.

Prezentacja i analiza wyników badań własnych

Jak już wspomniałam, w badaniach wzięło udział 120 uczniów szkoły gimnazjalnej, 60 osób stanowiły dziewczęta, a następne 60 osób to chłopcy, wiek respondentów to przedział pomiędzy 13 a 15 lat.

Jak wynika z przedstawionych danych w tabeli nr 3 w grupie wiekowej 13 lat większość procentową przedstawiają chłopcy (38,3%), dziewczęta stanowią 16,7%. W gronie 14-latków to dziewcząt jest więcej (45%), a chłopców w tym wieku jest 31,7%. W grupie wiekowej 15 lat niewielką przewagę stanowią również dziewczęta (38,3%), a chłopcy to 30% tej grupy.

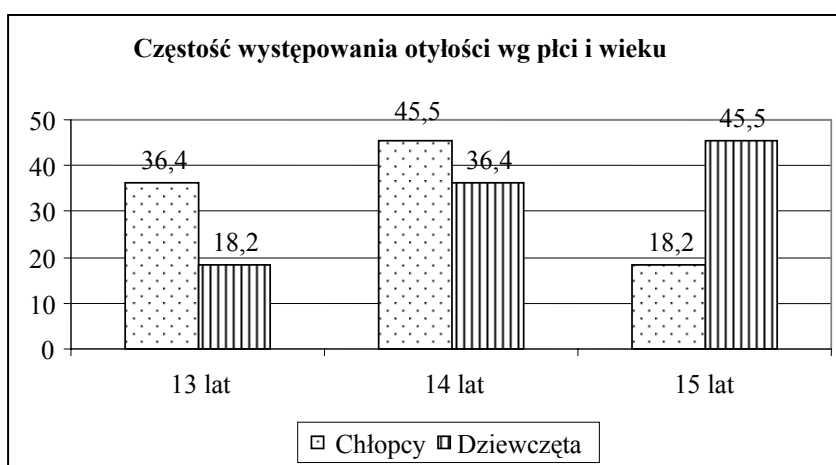
Tabela 3. Liczba badanej młodzieży według płci i wieku

Chłopcy			Dziewczęta		
Wiek	Liczba chłopców	Procentowo	Wiek	Liczba dziewcząt	Procentowo
13	23	38,3	13	10	16,7
14	19	31,7	14	27	45,0
15	18	30,0	15	23	38,3
Razem	60	100,0	Razem	60	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Występowanie otyłości wśród młodzieży Gimnazjum w Zawidowie w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek w latach	Chłopcy				Dziewczęta			
	Liczba chłopców ogółem	Procent	Liczba chłopców otyłych	Procent	Liczba dziewcząt ogółem	Procent	Liczba dziewcząt otyłych	Procent
13	23	38,3	8	36,4	10	16,7	4	18,2
14	19	31,7	10	45,5	27	45,0	8	36,4
15	18	30,0	4	18,2	23	38,3	10	45,5
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0



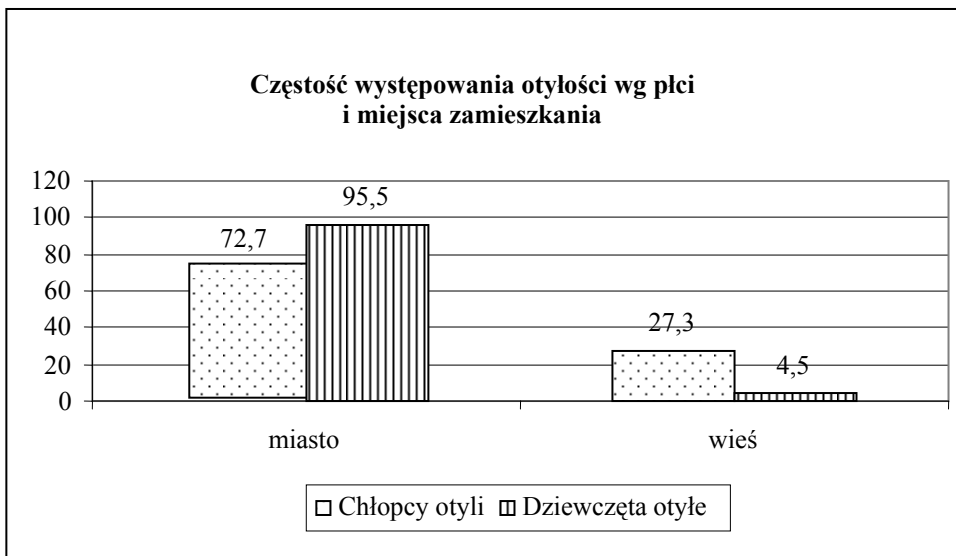
Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy odpowiedzi wynika, że u chłopców otyłość pojawia się wcześniej niż u dziewcząt. Krytycznym wiekiem u chłopców jest 14 rok życia, po czym następuje spadek tendencji do otyłości. Może to być wynikiem zwiększonego zainteresowania chłopców sportem w tym wieku, psychologicznego przezwyciężania problemu swojej otyłości, chęć zrobienia czegoś z tym problemem i prawdopodobnie ma też związek ze wzrastającym zainteresowaniem płcią przeciwną oraz stawianiem sobie wyższej poprzeczki jeśli chodzi o wygląd zewnętrzny.

W przypadku dziewcząt nasilenie otyłości występuje w wieku 15 lat, a więc wówczas gdy zmiany hormonalne w ich organizmach już się generalnie dokonały. Tak więc problem otyłości u dziewcząt ulega stabilizacji, raczej bez tendencji do zanikania (jak w przypadku chłopców).

Tabela 5. Występowanie otyłości w zależności od miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Chłopcy (otyli)		Dziewczęta (otyle)		
	Liczba	Procent	Miejsce zamieszkania	Liczba	Procent
miasto	16	72,7	miasto	21	95,5
wieś	6	27,3	wieś	1	4,5
Razem	22	100,0	razem	22	100,0



Źródło: Opracowanie własne.

W przeprowadzonych badaniach można zauważyć, że uczniów w wieku 13-15 lat z nadwagą i otyłością jest o wiele więcej w mieście niż na wsi (spośród uczniów otyłych 84% mieszka w mieście i tylko 15,9% na wsi). W przypadku młodzieży miejskiej wśród osób otyłych przeważają dziewczęta (95,5%), w przypadku młodzieży wiejskiej – chłopcy (27,3%).

Odnotowany wzrost jest związany z głębokimi zmianami w obecnym stylu życia. Młodzież gimnazjalna mieszkająca w mieście dużo wolnego czasu poświęca na oglądanie telewizji, gry komputerowe, nieracjonalnie się odżywia, a w porównaniu z nastolatkami ze wsi wyróżnia się mniejszą aktywnością fizyczną, mimo iż posiada łatwiejszy dostęp do różnych obiektów sportowych.

Dalsze pytanie ankiety (nr 4) dotyczyło wykształcenia rodziców uczniów Gimnazjum.

Tabela 6. Wykształcenie rodziców uczniów Gimnazjum w Zawidowie

Wykształcenie rodziców	Ogółem		Chłopcy		Dziewczęta	
	Liczbowo	Procentowo	Liczbowo	Procentowo	Liczbowo	Procentowo
Podstawowe	4	9,1	1	4,5	3	13,6
Zawodowe	17	38,6	6	27,3	11	50,0
Średnie	16	36,4	10	45,5	6	27,3
Wyższe	7	15,9	5	22,7	2	9,1
Razem	44	100,0	22	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane dane dotyczące wykształcenia rodziców respondentów były różne, przeważali rodzice z zawodowym wykształceniem (38,6%) i średnim wykształceniem (36,4%), mniejszość stanowili rodzice z wykształceniem wyższym (15,9%) i podstawowym (9,1%). Pozwala to stwierdzić, że wykształcenie rodziców ma pewien wpływ na występowanie nadwagi i otyłości u młodzieży gimnazjalnej. Być może, rodzice z wykształceniem średnim i zawodowym posiadają mniejszą świadomość na temat prawidłowych zachowań żywieniowych.

Tabela 7. Otyłość w zależności od liczby posiłków zjadanych w ciągu dnia

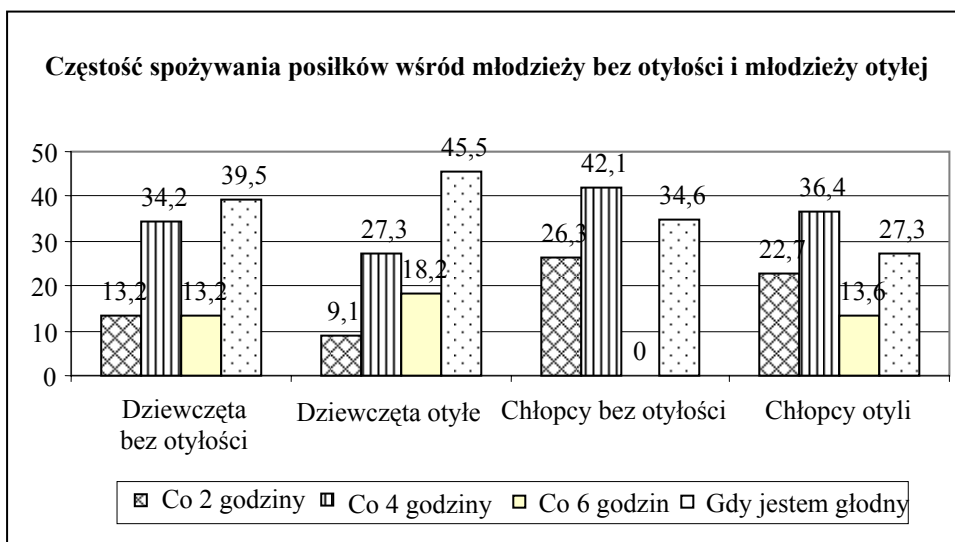
Liczba posiłków	Chłopcy				Dziewczęta			
	Otyli		Pozostali		Otyłe		Pozostałe	
	Liczby	Procenty	Liczby	Procenty	Liczby	Procenty	Liczby	Procenty
2	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0
3	10	45,5	13	34,2	11	50,0	13	34,2
4	5	22,7	13	34,2	7	31,8	14	36,8
5	5	22,7	7	18,4	3	13,6	8	21,1
6	1	4,5	5	13,2	0	0,0	3	7,9
10	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Razem	22	100,0	38	100,0	22	100,0	38	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z powyższego zestawienia wynika, że problem wczesnej otyłości jest przez nastolatków dobrze rozpoznany. Ograniczając więc liczbę spożywanych posiłków w ciągu dnia próbują „walczyć” z nadmiarem wagi. Dla przykładu, połowa dziewcząt otyłych zjada tylko 3 posiłki dziennie, podczas gdy 3 posiłki dziennie spożywa 1/3 dziewcząt bez otyłości. Podobne tendencje do ograniczania liczby przyjmowanych w ciągu dnia posiłków można zaobserwować w grupie chłopców, za wyjątkiem dwóch przypadków (6 i 10 posiłków dziennie). Należy jednakże zastanowić się, czy ograniczenie liczby spożywanych posiłków w ciągu dnia jest właściwym sposobem na walkę z otyłością. Jeżeli bowiem w trakcie tych nielicznych posiłków młody człowiek spożywa bardzo dużo kalorii, to nie ma to nic wspólnego ze skuteczną walką z otyłością. Chyba lepiej jest zwiększyć liczbę posiłków, ograniczając jednocześnie ich kaloryczność, a zwiększając różnorodność.

Tabela 8. Częstość spożywania posiłków przez młodzież gimnazjalną

	Dziewczęta bez otyłości		Dziewczęta otyłe		Chłopcy bez otyłości		Chłopcy otyli	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Co 2 godziny	5	13,2	2	9,1	10	26,3	5	22,7
Co 4 godziny	13	34,2	6	27,3	16	42,1	8	36,4
Co 6 godzin	5	13,2	4	18,2	0	0,0	3	13,6
Gdy jestem głodny	15	39,5	10	45,5	12	34,6	6	27,3
Razem	38	100,0	22	100,0	38	100,0	22	100,0



Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku nastolatków otyłych można zauważyć tendencję do rzadszego spożywania posiłków: co 2 godziny jadło 13,2% dziewcząt bez otyłości i 9,1% dziewcząt otyłych, co 4 godziny 34,2% dziewcząt bez otyłości i 27,3% z otyłością. Jak widać, dziewczęta otyłe starają się przyjmować posiłki rzadziej. Co 6 godzin jadło 13,2% dziewcząt bez otyłości i 18,2% dziewcząt otyłych, ale aż prawie połowa (45,5%) dziewcząt otyłych spożywa posiłek wtedy, gdy jest głodna; dla dziewcząt bez otyłości procent ten wynosi 39,5%.

Podobne predyspozycje można zaobserwować w grupie chłopców: co 2 i co 4 godziny spożywa posiłek łącznie 68,4% chłopców bez otyłości i 59,1% chłopców z otyłością; żaden z chłopców bez otyłości nie wskazywał sześciogodzinnego odstępu w spożywaniu posiłków (co 6 godzin jadło posiłek 13,6% chłopców otyłych). Z kolei chłopcy otyli tylko w 27,3% przypadków spożywali posiłek wtedy, gdy byli głodni. Wydaje się więc, że chłopcy starają się walczyć z problemem jakim są zbędne kilogramy w stopniu większym niż dziewczęta, które prawdopodobnie bardziej godzą się z tym problemem (swoją nadwagą i otyłością), aniżeli chłopcy.

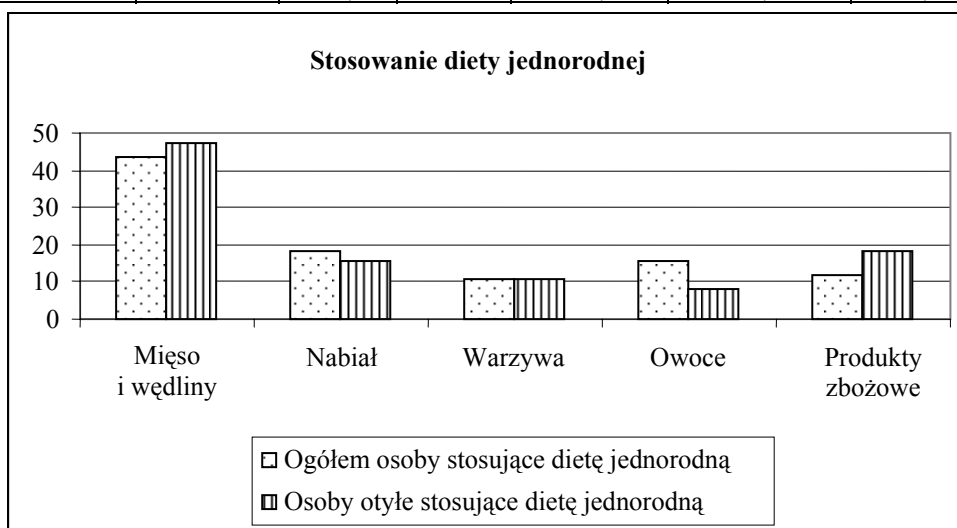
Kolejne pytanie ankiety (nr 7) dotyczyło tego, jakie produkty przeważają w diecie nastolatka. Badaniem objęto 5 grup potraw: mięso i wędliny, nabiał, warzywa, owoce oraz produkty zbożowe.

Tabela 9 przedstawia informacje dla przypadków tzw. diety jednorodnej, tj. takich odpowiedzi na pytanie nr 7, w których nastolatek wskazał tylko jedną grupę preferowanych przez siebie potraw. Takich osób stwierdzono 76; pozostałe 44 osoby wskazało przynajmniej na 2 rodzaje produktów w stosowanej przez siebie diecie.

Jak widać z tabeli 9, aż 86,4% otyłych nastolatków (38 osób) stosuje dietę jednorodną. Pozostałe 6 osób otyłych (13,6% ogółu otyłych nastolatków) stosuje dietę bardziej urozmaiconą (patrz niżej). Wśród osób otyłych stosujących dietę jednorodną aż 47,4% stanowią osoby preferujące dietę złożoną z mięsa i wędlin, 18,4% preferuje produkty zbożowe, 15,8% - nabiał, 10,5% - warzywa i 7,9% - owoce.

Tabela 9. Stosowanie diety jednorodnej przez nastolatków

Rodzaj potraw	Liczba osób ogółem	Procent	W tym osoby otyłe	Struktura procentowa diety jednorodnej wśród osób otyłych	Procent osób otyłych stosujących daną dietę jednorodną w stosunku do ogólnej liczby osób stosujących dietę jednorodną	Procent osób otyłych w stosunku do liczby osób stosujących daną dietę jednorodną
Mięso i wędliny	33	43,4	18	47,4	23,7	54,5
Nabiał	14	18,4	6	15,8	7,9	42,9
Warzywa	8	10,5	4	10,5	5,3	50,0
Owoce	12	15,8	3	7,9	3,9	25,0
Produkty zbożowe	9	11,8	7	18,4	9,2	77,8
Razem:	76	100,0	38	100,0	50,0	50,0



Źródło: Opracowanie własne.

Pod względem „odpowiedzialności” danej diety za pojawienie się nadwagi i otyłości, rzecz ma się następująco (dotyczy to tylko osób stosujących dietę jednorodną): jest lub ma szansę na otyłość 77,8% osób preferujących produkty zbożowe, 54,5% osób z dietą złożoną z mięsa i wędlin, co druga osoba spożywająca wyłącznie warzywa, 42,9% osób spożywających przeważnie nabiał oraz tylko co czwarta osoba preferująca w swej diecie owoce.

Tabela 10 przedstawia informację o stosowaniu przez ankietowanych nastolatków diety urozmaiconej, a więc zawierającej co najmniej dwa rodzaje preferowanych potraw.

Tabela 10. Stosowanie diety urozmaiconej przez gimnazjalistów

Rodzaj diety	Liczba osób stosujących daną dietę	W tym liczba osób otyłych wśród stosujących daną dietę
Diety 2-składnikowe		
Mięso i wędliny + Nabiał	3	1
Mięso i wędliny + Produkty zbożowe	5	0
Mięso i wędliny + Warzywa	4	2
Mięso i wędliny + Owoce	2	0
Warzywa + Owoce	2	0
Nabiał + Produkty zbożowe	2	0
Nabiał + Warzywa	1	0
Warzywa + Produkty zbożowe	4	0
Owoce + Produkty zbożowe	4	0
Diety 3-składnikowe		
Nabiał + Warzywa + Produkty zbożowe	1	0
Warzywa + Owoce + Produkty zbożowe	1	0
Nabiał + Warzywa + Owoce	1	0
Mięso i wędliny + Owoce + Produkty zbożowe	2	0
Mięso i wędliny + Nabiał + Owoce	1	0
Diety 4-składnikowe		
Mięso i wędliny + Nabiał + Warzywa + Owoce	2	0
Mięso i wędliny + Nabiał + Owoce + Produkty zbożowe	2	0
Nabiał + Warzywa + Owoce + Produkty zbożowe	1	1
Diety 5-składnikowe		
Mięso i wędliny + Nabiał + Warzywa + Owoce + Produkty zbożowe	6	2
RAZEM:	44	6

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza stosowanej diety urozmaiconej pozwala zauważyć przede wszystkim, że spośród 44 takich osób preferujących dietę urozmaiconą tylko 6 uczniów ma nadwagę, co oznacza, że dieta zawierająca produkty z każdej grupy istotnie wpływa na zmniejszenie zbędnych kilogramów.

Dalsze pytanie z ankiety (nr 8) ma związek z podjadaniem przez nastolatków między posiłkami.

Tabela 11. Podjadanie między posiłkami

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	26	43,3	10	45,5	21	35,0	7	31,8
Nie	8	13,4	0	0,0	11	18,3	4	18,2
Czasami	26	43,3	12	54,5	28	46,7	11	50,0
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 11 wynika, że zarówno w grupie otyłych nastolatków jak i nie otyłych występuje podjadanie między posiłkami. Różnice pomiędzy obiema grupami są małe. Chłopcy bez otyłości stanowili 43,4%, a chłopcy z otyłością 45,5%; podobne proporcje występują wśród dziewcząt: otyłe stanowią 31,8%, dziewczęta bez otyłości 35%. Świadczy to o tym, że świadomość młodzieży gimnazjalnej o prawidłowym sposobie odżywiania się jest mała, a dostępność do produktów służących doskonale jako wysokokaloryczne przekąski (chipsy, słodycze) jest zbyt duża. Ma ona ogromny wpływ na powstawanie nadwagi i otyłości. Nastoletnie dziewczęta chcąc trzymać szczupłą sylwetkę lekceważą zjadanie podstawowych posiłków, w zamian za to zakąszają prązynkami, frytkami, myśląc, że ograniczają kaloryczność posiłków. Niestety, w ten sposób narażają swój organizm na deficyt energii i składników odżywczych. Młodzież nie zdaje sobie sprawy z tego, że podjadanie między posiłkami nie może zastąpić odpowiednio dobranego pod względem ilościowym i jakościowym posiłku.

Pytanie nr 9 ankiety dotyczyło częstości spożywania fast foodów (tabela 12).

Z analizy informacji zawartych w tabeli 12 wynika, że zarówno chłopcy otyli (31,8%), jak i ci z prawidłową masą ciała (31,7%) w podobny sposób odpowiedzieli na pytanie dotyczące spożywania fast foodów: 1 raz w tygodniu; analogicznie wyglądała odpowiedź na pytanie odnoszące się do jedzenia fast foodów rzadko: otyli (31,8%), nieotyli (36,7%). Odpowiedzi dziewcząt dotyczące tych samych pytań nie wykazywały istotnych statystycznie różnic od odpowiedzi chłopców, jedynie w ostatniej odpowiedzi (wcale) analiza wykazała, że mają przewagę procentową nad chłopcami. Otyli chłopcy nie jedzą fast foodów wcale w 18,2%, a otyłe dziewczęta w 4,5%.

Tabela 12. Częstość spożywania fast foodów przez młodzież gimnazjalną

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Codziennie	5	8,2	0	0,0	2	3,4	2	9,1
Raz w tygodniu	19	31,7	7	31,8	11	18,3	6	27,3
Raz w miesiącu	7	11,7	4	18,2	8	13,3	2	9,1%
Rzadko	22	36,7	7	31,8	34	56,7	11	50,0
Wcale	7	11,7	4	18,2	5	8,3	1	4,5
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Przedstawiona częstość spożywania fast foodów przez młodzież gimnazjalną w Zawidowie może wykazywać na brak dostępu do tego typu żywności, zważając na to, że to mała miejscowość i mniej w niej barów z takimi produktami.

Następne pytanie ankiety (nr 10) dotyczyło zjedania śniadania przez nastoletnią młodzież (tabela 13).

Tabela 13. Częstość spożywania śniadania przez gimnazjalistów w domu

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	41	68,3	14	63,6	39	65,0	12	54,5
Nie	7	11,7	4	18,2	5	8,3	2	9,1
Czasami	12	20,0	4	18,2	16	26,7	8	36,4
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli 13 wynika, że wśród otyłej młodzieży 63,6% chłopców oraz 54,5% dziewcząt pamięta o spożywaniu śniadania w domu, natomiast reszta nastolatków z nadmiarem wagi zjada je tylko „czasami”: chłopcy (18,2%), dziewczęta (36,4%). W przypadku otyłych dziewcząt, które w 36,4% spożywają pierwszy posiłek „czasami” świadczą to o tym, że kierują się mylnym przekonaniem, iż jego pominięcie może przyczynić się do obniżenia wagi.

Analiza danych odnośnie zjadania pierwszego posiłku przez nastolatków z prawidłową masą ciała w domu dowodzi, że połowa młodzieży (zarówno chłopcy (68,3% jak i dziewczęta (65%) pamięta, jaką rolę spełnia śniadanie spożyte przed wyjściem do szkoły. Reszta natomiast uczniów z prawidłową wagą, albo nie zjada wcale śniadania (10%), lub zjada je czasami (23,3%).

Pytanie nr 11 dotyczyło spożywania drugiego śniadania w szkole (tabela 14).

Tabela 14. Spożywanie drugiego śniadania przez uczniów Gimnazjum w Zawidowie w szkole

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	39	65,0	12	54,5	31	51,7	11	50,0
Nie	9	15,0	4	18,2	7	11,7	3	13,6
Czasami	12	20,0	6	27,3	22	36,6	8	36,4
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa nastolatków zarówno otyłych (52,2%), jak i bez otyłości (58,3%) zjada drugie śniadanie w szkole. Większa część chłopców i dziewcząt (65% oraz 51,7%, odpowiednio) deklaruje spożywanie drugiego śniadania podczas pobytu w szkole; nie zjada go wcale 15% chłopców 15% i 11,7% dziewcząt. Podobnie jest w grupie otyłych nastolatków: chłopców z nadmiarem kilogramów. spożywających drugie śniadanie w szkole jest 54,5%, natomiast dziewcząt otyłych 50%. Tymczasem nie jedzących śniadania w szkole chłopców otyłych jest 18,2%, a dziewcząt z nadmiarem wagi – 13,6%.

Pytanie nr 12 dotyczyło spożywania kolacji (wyniki przedstawiono w tabeli 15).

Tabela 15. Częstość spożywania kolacji przez nastolatków

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	50	83,3	19	86,4	39	65,0	13	59,1
Nie	1	1,7	0	0,0	3	5,0	0	0,0
Czasami	9	15,0	3	13,6	18	30,0	8	36,4
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0



Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzone badania dotyczyły zjadania kolacji przez uczniów klas gimnazjalnych. Wykazały one, że młodzież bardzo chętnie spożywała ostatni w ciągu dnia posiłek (kolację). Zarówno dotyczy to nastolatków otyłych jak i z prawidłową wagą (72,7% oraz 74,2%, odpowiednio). Jedyne można upatrywać różnic procentowych biorąc pod uwagę płeć: należy zaważyć, że więcej chłopców (83,3%) w porównaniu do dziewcząt (65,0%) z przyjemnością zjada kolację. Natomiast otyłe dziewczęta w stosunku do swoich otyłych kolegów znacznie przeważają jeśli chodzi o spożywanie kolacji od czasu do czasu (otyle dziewczęta 36,4%, otyli chłopcy 13,6%). Podsumowując badanie trzeba stwierdzić, że zjadanie przez nastolatków kolacji, przy jednoczesnym opuszczaniu innych posiłków musi zaowocować odłożeniem się tkanki tłuszczowej w organizmie.

Tabela 16. Przedstawienie godzin zjadania kolacji przez uczniów Gimnazjum w Zawidowie

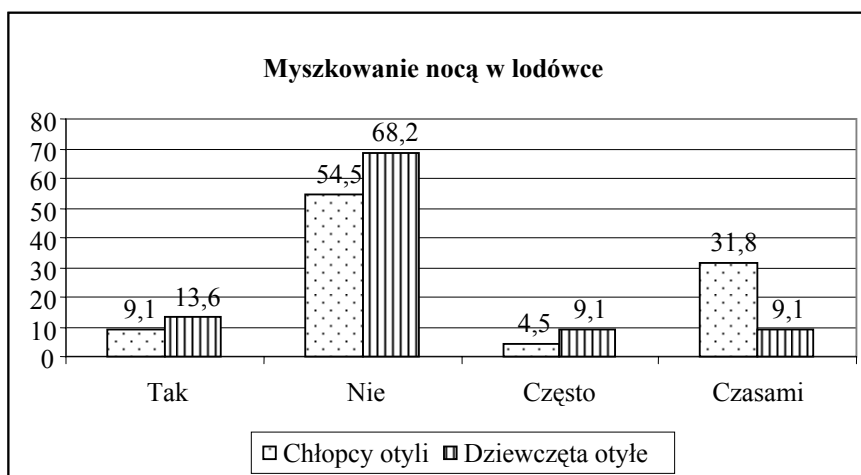
Godzina	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
17-18	10	16,7	4	18,2	16	26,7	7	31,8
19-20	35	58,3	13	59,1	33	55,0	10	45,5
21-22	13	21,7	3	13,6	5	8,3	3	13,6
Po 22	2	3,3	2	9,1	6	10,0	2	9,1
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Interpretacja danych zawartych w tabeli 16 (przedstawiającej podsumowanie odpowiedzi na pytanie nr 13 ankiety) dowodzi, że cała młodzież gimnazjalna zbyt późno spożywa kolację: dopiero około godziny 20:00. Stwierdzono znaczne różnice w spożywaniu kolacji przez nastolatków nie otyłych i otyłych. Uczniowie bez zbędnych kilogramów stanowili 73,3%, gdy tymczasem uczniowie z nadmiarem wagi 52,3%. Biorąc po uwagę płeć, wśród nastolatków nie otyłych to chłopcy (21,7%) częściej od dziewcząt (8,3%) zjadają późne kolacje, nawet po godzinie 22:00. Natomiast spożywanie kolacji późną nocą około godziny 22:00 zarówno przez otyłych chłopców jak i otyłe dziewczęta wygląda mniej więcej jednakowo (13,6% każda z płci).

Tabela 17. Myszkowanie w lodówce nocą przez uczniów Gimnazjum w Zawidowie

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	6	10,0	2	9,1	7	11,7	3	13,6
Nie	35	58,3	12	54,5	38	63,3	15	68,2
Często	4	6,7	1	4,5	3	13,6	2	9,1
Czasami	15	25,0	7	31,8	12	20,0	2	9,1
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0



Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika, że do częstego myszkowania w lodówce przynależało 13,6% otyłych dziewcząt, natomiast szperanie w lodówce nocą (czasami) potwierdza 31,8% otyłych chłopców. Wśród młodzieży, która nie ma problemów z nadmiarem wagi należy również dopatrywać się pewnych nieprawidłowości w sposobie odżywiania się: aż 25% chłopców z prawidłową masą ciała potwierdza, że często myszkuje w lodówce nocą, natomiast dziewczęta bez otyłości stanowią 31,8% tej kategorii nastolatków. Można stwierdzić, że prowadzony przez nastoletnią młodzież nocny tryb życia powoduje nieprawidłowości w jej sposobie odżywiania się i skutkuje powstawaniem otyłości.

Tabela 18. Regularność uczestnictwa uczniów Gimnazjum w Zawidowie w lekcjach WF

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	47	78,3	17	77,3	45	75,0	15	68,2
Nie	7	11,7	2	9,1	7	11,7	4	18,2
Czasami	6	10,0	3	13,6	8	13,3	3	13,6
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

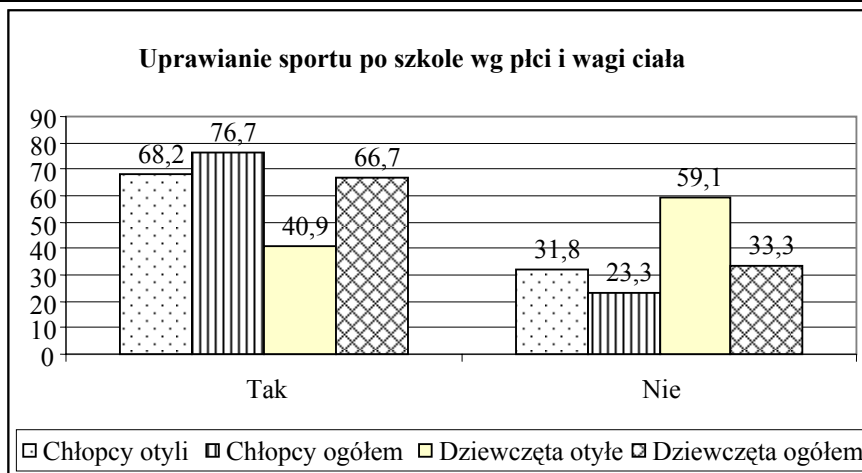
Źródło: Opracowanie własne.

Prawie 2/3 otyłych nastolatków stara się brać udział w zajęciach z wychowania fizycznego w szkole. Jednak mniej systematycznie uczestniczą w lekcjach w-fu dziewczęta z nadmiarem wagi (18,2%) w porównaniu do dziewcząt ogółem (11,7%). Biorąc pod uwagę płeć również dziewczęta otyłe (18,2%) częściej nie ćwiczyły na zajęciach aniżeli otyli chłopcy (9,1%). Świadczy to o tym, że przejawiają mniejsze zainteresowanie zwiększeniem aktywności fizycznej. Być może związane jest to z niską samoocena sprawności fizycznej oraz tym, że ich zakręglające się kształty powodują niechęć do przebijania się przy koleżankach na lekcję wychowania fizycznego.

Kolejne pytanie (nr 16) dotyczyło dodatkowego uprawiania sportu przez młodzież gimnazjalną po szkole (wyniki przedstawia tabela 19).

Tabela 19. Uprawianie sportu po szkole przez młodzież gimnazjalną

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	46	76,7	15	68,2	40	66,7	9	40,9
Nie	14	23,3	7	31,8	20	33,3	13	59,1
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0



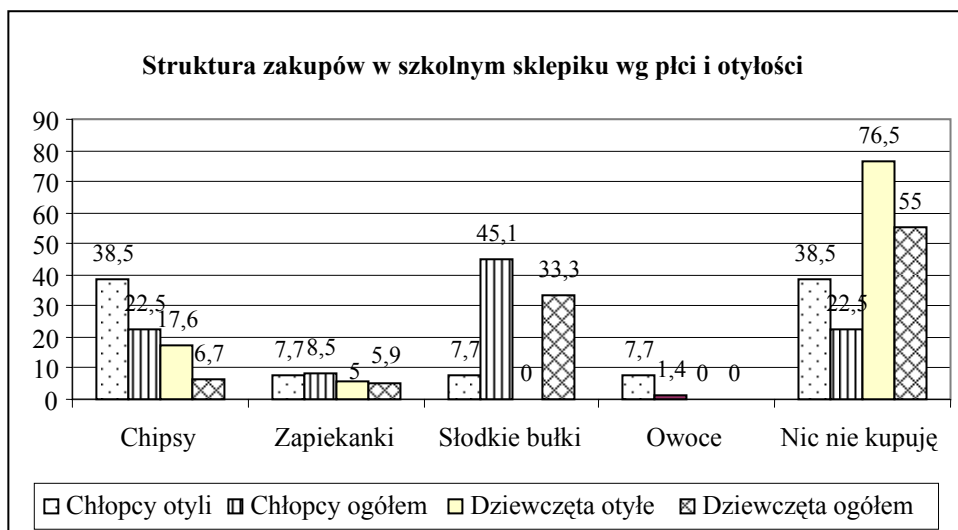
Źródło: Opracowanie własne.

Przeprowadzone badanie wykazało, że niestety połowa otyłych dziewcząt nie bierze udziału w żadnych zajęciach ruchowych po szkole. Stanowi to aż 59,1%, przy czym odsetek dziewcząt o prawidłowej masie ciała, które nie uprawiają żadnej dyscypliny sportowej po zajęciach lekcyjnych wynosi 31,8%. Również otyli chłopcy (31,8%) w porównaniu do swych nie otyłych kolegów (23,3%) wypadli gorzej porównując ich zaangażowanie w podnoszeniu swojej sprawności fizycznej po szkole. Natomiast między otyłą młodzieżą zależność ta przedstawia się następująco: otyli chłopcy, którzy nie doskonalą swojej sylwetki przez dodatkowe uprawianie sportu po szkole stanowią 31,8%, a otyłe dziewczęta 59,1%. Pomiedzy chłopcami i dziewczętami o prawidłowej masie ciała też można zauważyć różnice, które decydują o zwiększaniu aktywności ruchowej, ponieważ dziewczęta (33,3%) znacznie częściej niż chłopcy (23,3%) nie uczestniczą w pozalekcyjnych zajęciach sportowych. Świadczy to o tym, że chłopcy mają większą świadomość, iż zwiększając swoją sprawność fizyczną zarówno w szkole jak i w czasie zajęć pozalekcyjnych można szybciej pozbyć się zbędnych kilogramów.

Następne pytanie sondażu (nr 17) ma związek z tym co młodzież gimnazjalna kupuje w sklepiku szkolnym (wyniki zawarto w tabeli 20).

Tabela 20. Charakterystyka nabywanych w szkolnym sklepiku produktów spożywczych

Rodzaj produktów spożywczych	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Chipsy	16	22,5	5	38,5	4	6,7	3	17,6
Zapiekanki	6	8,5	1	7,7	3	5,0	1	5,9
Słodkie bułki	32	45,1	1	7,7	20	33,3	0	0,0
Owoce	1	1,4	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Nic nie kupuję	16	22,5	5	38,5	33	55,0	13	76,5
Razem	71	100,0	13	100,0	60	100,0	17	100,0



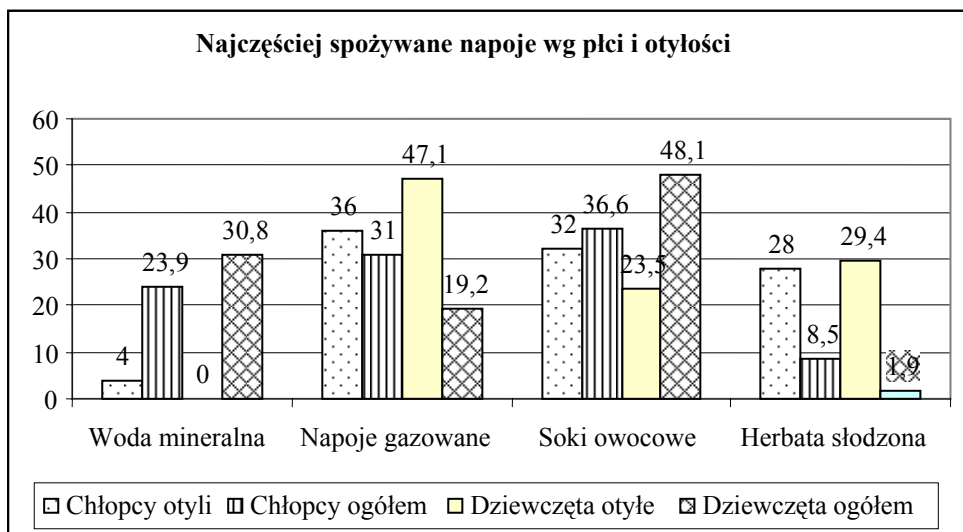
Źródło: Opracowanie własne.

Pytanie nr 17 obejmuje produkty żywnościowe, które młodzież gimnazjalna może kupić przebywając w szkole. Analiza dotyczyła asortymentu artykułów spożywczych jakimi dysponuje szkolny sklepik. Młodzież gimnazjalna, która nabywa słodkie bułki stanowi 44,2%, chipsy 24,2%, zapiekanki 9,2%, owoce 1,7% ogólnej liczby uczniów. Natomiast uczniowie, którzy nie kupują w szkolnym sklepiku to odsetek 40,8% całości uczniów. Tylko 7,7% chłopców otyłych i 1,4% chłopców nie otyłych twierdzi, że zjada owoce, natomiast dziewczęta nie jedzą owoców. Zatem prawie połowa gimnazjalistów kupuje w sklepiku szkolnym produkty spożywcze nie zawsze pożądane z punktu widzenia zasad racjonalnego żywienia i tu ogromne zadanie pielęgniarki szkolnej, która powinna wpłynąć na świadomość młodzieży i ich rodziców.

Kolejne pytanie ankiety (nr 18) odnosi się do rodzaju spożywanych napojów przez nastolatków (tabela 21).

Tabela 21. Najczęściej spożywane napoje przez gimnazjalistów

Rodzaj napojów	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Woda mineralna	17	23,9	1	4,0	16	30,8	0	0,0
Napoje gazowane	22	31,0	9	36,0	10	19,2	8	47,1
Soki owocowe	26	36,6	8	32,0	25	48,1	4	23,5
Herbata słodzona	6	8,5	7	28,0	1	1,9	5	29,4
Razem	71	100,0	25	100,0	52	100,0	17	100,0

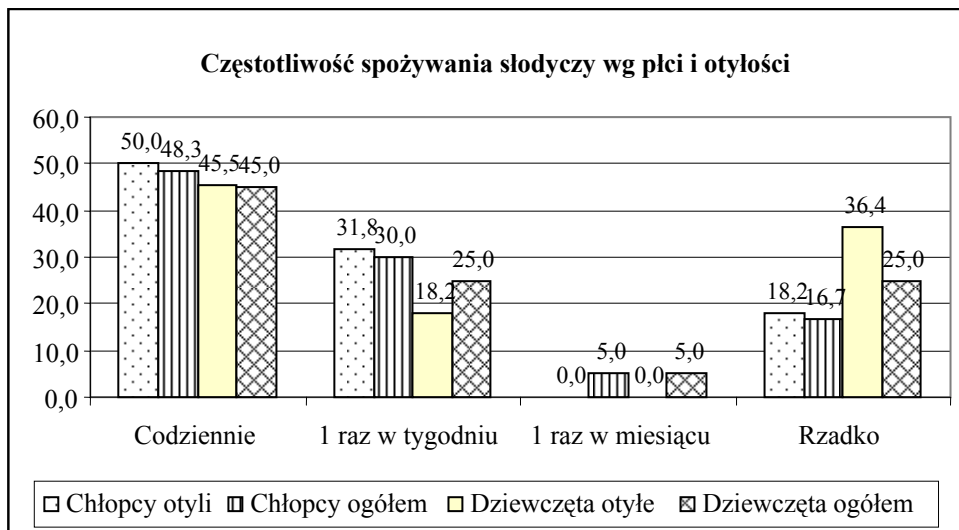


Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy uzyskanych odpowiedzi wynika jednoznacznie że otyła młodzież najchętniej sięga po najbardziej kaloryczne napoje, a mianowicie napoje gazowane, chłopcy (36%), dziewczęta (47,1%). Natomiast najmniej lubianym przez nich płynem jest woda mineralna, którą pije tylko 4% otyłych chłopców, a żadna z otyłych dziewcząt. Nie otyła młodzież również nie stroni od słodkich napojów, chłopcy z prawidłową wagą wypijają aż 31% napojów gazowanych, dziewczęta zaś 19,2%. Uczniowie nie otyli próbują wyrównywać straty pijąc wodę mineralną: chłopcy stanowią 23,9%, a dziewczęta 30,8%. Podsumowując powyższe zestawienie należy stwierdzić, że picie przez otyłą młodzież wysokokalorycznych napojów powoduje pogłębianie ich problemu jakim jest nadmiar kilogramów.

Tabela 22. Częstotliwość spożywania słodczy przez nastolatków

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Codziennie	29	48,3	11	50,0	27	45,0	10	45,5
1 raz w tygodniu	18	30,0	7	31,8	15	25,0	4	18,2
1 raz w miesiącu	3	5,0	0	0,0	3	5,0	0	0,0
Rzadko	10	16,7	4	18,2	15	25,0	8	36,4
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0



Źródło: Opracowanie własne.

Jak widać, aż 64,2% nastolatków codziennie spożywa słodycze. Problem zarówno dotyczy uczniów otyłych jak i nie otyłych. Uczniowie z nadmiarem kilogramów to 47,7%, a uczniowie o prawidłowej wadze 46,7%. Analiza przedstawionych danych świadczy o tym, że młodzież gimnazjalna nie zdaje sobie sprawy z wagi problemu jaki ją dotyka, a mianowicie, że takie zachowanie w dużym stopniu prowadzi u jednych do wystąpienia, a u drugich do utrwalenia otyłości.

Tabela 23. Występowanie otyłości wśród rodziców nastoletniej młodzieży

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Tak	10	16,7	5	22,7	16	26,7	11	50,0
Nie	50	83,3	17	72,3	44	73,3	11	50,0
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Połowa dziewcząt otyłych (50%) twierdzi, że ich rodzice są otyli, natomiast (22,7%) chłopców z nadmiarem wagi oświadczą, że ma otyłych rodziców. W grupie młodzieży o prawidłowej masie ciała też występuje otyłość wśród ich rodziców, choć w mniejszym stopniu: u dziewcząt stanowi to 26,7%, u chłopców 16,7%. Takie zestawienie może świadczyć o tym, że młodzież Gimnazjum w Zawidowie należy do grupy ryzyka zachorowania na otyłość.

Ostatnie pytanie ankiety (nr 21) ma związek ze specjalną dietą jaką młodzież stosuje (chodziło o określenie, czy taką specjalną dietę młodzież stosuje).

Tabela 24. Stosowanie specjalnej diety przez nastolatków

	Chłopcy				Dziewczęta			
	Ogółem		Otyli		Ogółem		Otyłe	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
tak	2	3,3	0	0,0	4	6,7	1	4,5
nie	58	96,7	22	100,0	56	93,3	21	95,5
Razem	60	100,0	22	100,0	60	100,0	22	100,0

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy powyższego pytania wynika, że uczniowie Gimnazjum nadzwyczajnie nie stosują żadnej specjalnej diety. Jedynie mały wyjątek stanowią dziewczęta: otyłe (4,5%), nie otyłe (6,7%). Widocznie zdają sobie sprawę z tego, jak duże znaczenie w ich rozwoju i wyglądzie ma odpowiednia dieta. Należy jednak rozważyć, czy jeśli młodzież nie stosuje żadnej diety, to ma świadomość jak młody człowiek powinien prawidłowo się odżywiać? Przecież okres dojrzewania to czas przyśpieszonego rozwoju fizycznego i psychicznego, a dostarczenie w tym okresie wszystkich mikro i makroelementów to warunek dobrego zdrowia i lepszego samopoczucia.

Omówienie wyników

Po dokonaniem sondażu wśród młodzieży gimnazjalnej i podsumowaniu wyników można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Większa część uczniów wykazuje nieprawidłowości w sposobie odżywiania się. Polega to przede wszystkim na stosowaniu w większości przypadków diety jednorodnej, w której przewagę stanowią artykuły wysokoenergetyczne (mięso i wędliny), z pominięciem produktów mlecznych, warzyw i owoców.

2. Młodzi ludzie często podjadają przekąski o dużej zawartości kalorii między posiłkami.

3. Rzadsze spożywanie posiłków przez nastoletnie dziewczęta może wynikać z obecnie lansowanej mody na szczupłą sylwetkę.

4. Istotne zależności stwierdzono pomiędzy miejscem zamieszkania a występowaniem otyłości wśród nastoletniej młodzieży. Znaczny więcej uczniów z otyłością zamieszkuje w mieście (84%), niż na wsi (15,9%).

5. Najbardziej preferowanym posiłkiem przez młodych ludzi jest kolacja i to o dość późnej porze, bo około godziny 22:00.

6. Wydłużający się czas spędzany przez nastolatków poza domem w ciągu dnia powoduje, że bardzo często nocami myszkuje po lodówce. Wynikać to też może z tego, że przedłużają przerwy między posiłkami w dzień.

7. Mimo, iż aktywność ruchowa jest podstawą zdrowia i dobrego samopoczucia, to niestety młodzież gimnazjalna a w szczególności dziewczęta nie przywiązuje do tego zbyt dużej uwagi. Nie wykonujących żadnych ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym otyłych dziewcząt było 59,1%, a nie otyłych 31,8%.

8. Pewne związki zaobserwowano między ilością spożywanych wysokokalorycznych napojów gazowanych wśród młodzieży otyłej: spożywało je 36% dziewcząt i 41,1% chłopców.

9. Wyposażenie szkolnych sklepików w produkty żywnościowe nie jest zgodne z zasadami racjonalnego żywienia, ponieważ uczniowie w większości (44,2%) kupują słodkie bułki, w 24,2% chipsy, a tylko w 1,7% owoce.

10. Po słodycze codziennie chętnie sięga ponad połowa nastolatków (64,2%).

11. Zdecydowaną korelację stwierdzono pomiędzy płcią a częstością występowania otyłości wśród młodzieży gimnazjalnej. Częściej otyłość dotyczyła dziewcząt (45%) niż chłopców (25%).

Zakończenie

Przez napisanie tej pracy pragnęłam pokazać jak ważną rolę w przewyciężaniu nadwagi i otyłości wśród nastoletniej młodzieży odgrywa pielęgniarka szkolna. Pielęgniarka szkolna często jako jedna z pierwszych osób rozpoznaje nadwagę i otyłość u nastolatków. Poprzez wykonanie badań przesiewowych udaje się jej wykryć nadmiar masy ciała wśród uczniów, a tym samym szybciej można wpłynąć na jego likwidację.

Rolą pielęgniarki szkolnej w zapobieganiu i zwalczaniu nadwagi i otyłości u nastolatków jest podnoszenie świadomości młodzieży, jej rodziców na temat przyczyn i zagrożeń wynikających z nadmiaru wagi, uświadamianie młodych ludzi, jak ważne jest podejmowanie różnych działań wpływających korzystnie na pozbycie się zbędnych kilogramów. Pielęgniarka szkolna

poprzez liczne porady dla uczniów i ich rodziców, programy edukacyjne dotyczące zdrowego stylu odżywiania się, podnoszenia aktywności fizycznej wśród nastolatków wpływa na zmniejszenie powstawania nadwagi i otyłości.

Badania przeprowadzone w tej pracy pozwoliły na przybliżenie istniejącego problemu jakim jest otyłość wśród młodzieży gimnazjalnej, jaka jest wiedza na temat prawidłowego sposobu odżywiać się przez nastolatków oraz jak wygląda aktywność fizyczna dzisiejszej młodzieży.

Poprzez przekazane informacje została wzbogacona wiedza tego zagadnienia i pozwoliła pokazać, jakim utrapieniem wśród nastolatków jest otyłość. Zaprezentowane wiadomości pozwolą uświadomić dyrekcji szkoły, nauczycielom, rodzicom, w jaki sposób każdy z nich może przyczynić się do zapobiegania i zwalczania otyłości u nastolatków. Dla szkoły ważne jest dobierane właściwego asortymentu sklepików szkolnych usuwając z nich produkty tuczące (słodkie bułki, chipsy), a wprowadzając towary o niskiej zawartości kalorycznej (owoce). Dla rodziców zmiana dotychczasowych nawyków żywieniowych oraz zwiększenie aktywności ruchowej całej rodziny, a dla nauczycieli innego postrzegania otyłego nastolatka w celu udzielenia mu pomocy w przewyciężaniu problemów związanych z nadmiarem kilogramów, stwarzanie życzliwej atmosfery wśród grona rówieśników. Uświadomienie przez pielęgniarkę szkolną społeczeństwu wagi istniejącego problemu jakim jest nadwaga i otyłość u nastolatków pozwoli na przeprowadzenie licznych działań prewencyjnych oraz szerzenie edukacji zdrowotnej, która jest obecnie najbardziej opłacalną inwestycją w zdrowie młodych ludzi i zorientowanie jej nie tylko na uczniów otyłych, ale także na resztę społeczności szkolnej.

Róża Skubicka

Udział pielęgniarki w profilaktyce uzależnień nadciśnienia tętniczego

Promotor: mgr piel. Krystyna Przybyła

Działania pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom nadciśnienia tętniczego

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą układu krążenia, występującą, gdy w naczyniach tętniczych panuje zwiększone ciśnienie krwi. Szacuje się, że choroba ta dotyczy około 30 procent dorosłych Polaków. Niestety, u większości z nich nadciśnienie nie jest rozpoznane. Przypuszcza się, że każdy z nas ma 90 procent szans, że wystąpi u niego, wcześniej czy później, nadciśnienie. Światowa Organizacja Zdrowia w 2002 roku ogłosiła raport o największych zagrożeniach dla zdrowia w skali globu. Pierwsze miejsce (w każdym obszarze geograficznym) zajmuje nadciśnienie tętnicze. Jest to bardzo niebezpieczna dolegliwość, ponieważ prowadzi m.in. do choroby wieńcowej, zawału serca, udarów mózgu, niewydolności nerek.

Zapobieganie powikłaniom nadciśnienia tętniczego nie może sprowadzać się tylko do przyjmowania zaleconych leków: musi również objąć sferę dotychczasowych zachowań chorego i zmianę jego stylu życia.

Z definicji stylu życia wynika, że aby doszło do pozytywnych zmian; pacjent powinien znać swoją chorobę, jej przyczyny i zagrożenia jakie za sobą niesie.

Nie do przecenienia jest tu rola pielęgniarki. To ona ma najbliższy kontakt z chorym na co dzień: realizując zalecenia lekarskie, prowadząc proces pielęgnowania służy pomocą zarówno samemu pacjentowi, jak i jego rodzinie. Jest niewątpliwie „**duszą**” placówek ochrony zdrowia i ma wielkie możliwości na kształtowanie pozytywnej postawy pacjenta.

Nauka samokontroli ciśnienia tętniczego krwi

Pomiary ciśnienia tętniczego krwi w domu promują czołowe organizacje zajmujące się zagadnieniem nadciśnienia. Spowodowane jest to licznymi i wiarygodnymi doniesieniami o przydatności pomiarów domowych w leczeniu nadciśnienia, Domowe pomiary poprawiają skuteczność leczenia, głównie przez zwiększenie motywacji i aktywny udział pacjenta w procesie terapeutycznym.

Zanim pielęgniarka rozpocznie naukę pomiaru ciśnienia krwi, musi wraz z pacjentem zdecydować o zakupie właściwego przyrządu do pomiaru. Pomagając w podjęciu decyzji zwraca uwagę na jego jakość, czy posiada atest, a także czy jest łatwy w obsłudze.

Pomagając w wyborze, pielęgniarka ma na uwadze obecny stan pacjenta: czy osoba ma problemy ze słuchem, wzrokiem, jak jest sprawna manualnie, oraz ocenia obwód ramienia. Wszystkie te spostrzeżenia pozwolą na właściwy wybór przyrządu.

Pomiar ciśnienia tętniczego jest jednym z nielicznych badań, które pacjent może prowadzić sam w domu. Nauczenie chorego prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi nie jest trudnym zadaniem, a wdrożenie w technikę pomiaru pewnych zasad umożliwi uniknięcia popełniania błędów.

Aby pomiar ciśnienia był wiarygodny pielęgniarka instruuje pacjenta jak należy się przygotować do badania i uświadamia mu konieczność dostosowania się do zaleceń.

Pomiar ciśnienia przez pacjenta nie powinien opierać się jedynie na wiedzy czerpanej z obserwacji dokonywanej podczas wizyt w placówkach medycznych. Pielęgniarka oprócz przekazania zasad, namawia pacjenta do ćwiczeń podczas których pacjent szkoli swoje umiejętności w zakresie pomiaru ciśnienia.

Pielęgniarka zaleca pacjentowi aby dokumentował swoje pomiary. W tym celu proponuje mu założenie **dzienniczka samokontroli**. Informacje zawarte w dzienniczku powinny obejmować datę, godzinę pomiaru, oraz okoliczności pomiaru (np. ból głowy, przed lub po przyjęciu leków).

Rys.6 Dzienniczek samokontroli.

Data	Godzina	Ciśnienie		Tętno	Uwagi
		Skurczowe	Rozkurczowe		

Warto również zapisywać w dzienniczku aktualnie przyjmowane leki, wg proponowanego schematu.

Nazwa leku	Data rozpoczęcia terapii	Dawka leku

Źródło: Opracowanie własne.

Dobrze prowadzona dokumentacja, będzie odzwierciedlać przebieg terapii.

Modyfikacja stylu życia

Prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego, zarówno pierwotna, jak i wtórna, rozpoczyna się od zmiany zachowań zdrowotnych pacjentów.

Modyfikacja stylu życia powinna być **podstawowym i niezbędnym** rodzajem terapii, która skutecznie i trwale obniży ciśnienie krwi poprzez:

- zaprzestanie palenia tytoniu,
- redukcja wagi ciała,
- ograniczenie soli w diecie,
- zwiększenie aktywności fizycznej,
- unikanie stresu, odpowiedni odpoczynek,
- zmniejszenie spożycia alkoholu.

Realizacja tych zadań nie jest łatwa i niewątpliwie wymaga od pacjenta wysiłku, samodyscypliny i motywacji, ale przy czynnej współpracy z pielęgniarką, nie przekracza granic możliwości i nie pociąga za sobą niemożliwych do zaakceptowania wyrzeczeń.

Zaprzestanie palenia tytoniu.

W razie wykrycia nadciśnienia tętniczego u osoby palącej decyzja o zaprzestaniu palenia nabiera absolutnie podstawowego znaczenia, a poradnictwo antynikotynowe powinno być traktowane priorytetowo.

Najlepszym sposobem rzucenia palenia jest silna i pozytywna motywacja i nie jest istotne czy wynika ona ze strachu przed wczesnym zgonem, czy też z chęci poprawy zdrowia i kondycji.

Rozpoczęcie poradnictwa antynikotynowego pielęgniarka rozpoczyna od przeprowadzenia testu motywacji, który pozwoli ocenić chęć pacjenta do podjęcia leczenia.

Następnym krokiem działania pielęgniarskiego jest przeprowadzenie badania za pomocą kwestionariusza uzależnienia. Test ten umożliwi pielęgniarce ocenić stopień uzależnienia farmakologicznego pacjenta od nikotyny.

Wyniki przeprowadzonych testów skłaniają pielęgniarkę do podjęcia działań zmierzających do wyeliminowania nałogu z życia danej osoby, bez względu na to czy nasz pacjent ma silną motywację i przypuszczalnie brak uzależnienia, czy też brak motywacji i uzależnienie od nikotyny.

Duże znaczenie ma właściwe i umiejętne przekazanie informacji.

Pacjent musi przyjąć do wiadomości dwa fakty:

- że, nie ma cudownego i skutecznego środka farmakologicznego leczącego z nałogu,
- trudności w rzuceniu palenia są wprost proporcjonalne od siły uzależnienia, a ta z kolei zależy (choć nie zawsze) od długości „stazu” i liczby wypalanych papierosów w ciągu doby.

Pielęgniarka zdecydowanie ale życzliwie i jasno, używając zrozumiałego dla pacjenta języka sprawia, że podopieczny zrozumie: zagrożenia wynikające z nałogu oraz korzyści wynikające z zaprzestania palenia.

Przygotowanie pacjenta do podjęcia decyzji o zaprzestaniu palenia jest zadaniem niela-twym i wyzwaniem dla pielęgniarki. Potęguje motywację pacjenta, uświadamia siłę nałogu i potrzebę zaprzestania palenia.

Na pierwszym etapie pielęgniarka namawia palacza do skontrolowania tętna i ciśnienia krwi tuż po zapaleniu papierosa. Proponuje aby pacjent policzył swoje papierosy wypalane w ciągu 24 godzin, przeanalizował sytuacje kiedy i dlaczego sięga po papierosa. W końcu zrobił listę wszystkich powodów, dla których chce przestać palić w tym wszystkich dobrych rzeczy, które wynikną z powodu niepalenia i założył **przewodnik postępów**.

Kolejnym krokiem jest ustalenie daty zaprzestania palenia. W przypadku osób pracujących proponuje zbliżający się weekend, w przypadku drugich - każda najbliższa data jest pożądana.

Występowanie niepożądanych objawów w trakcie kuracji jest jakby sprawą oczywistą (objawy abstynencji są często powodem ponownego „sięgnięcia” po papierosa). Zadaniem pielęgniarki jest „uprzedzenie głodu” i ukazanie możliwości radzenia sobie z tymi objawami.

Podczas następnych spotkań z pacjentem pielęgniarka musi pamiętać o dalszej motywacji i gratulując abstynencji podkreślać jej konieczność.

Pojawienie się trudności w wyniku niechęci pacjenta do rzucenia nikotynizmu nie powinno zniechęcać pielęgniarki. Fakt, że wielu pacjentów twierdzi, że od ostatniego spotkania z pielęgniarką pali mniej lub oznajmia, że pali papierosy „Ligot” lub „ultra-light”, nie upoważnia pielęgniarki do zaprzestania dalszych działań.

Pierwszą poradę należy rozpocząć do tego aby pacjent zrozumiał, że nie ma "bezpiecznej" liczby wypalanych papierosów a zmniejszona zawartość nikotyny w papierosach i tak wiąże się z dużym ryzykiem wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego.

Następnie czas należy poświęcić na poszukiwanie motywacji do porzucenia palenia.

Poza wcześniej wymienionymi korzyściami wynikającymi z niepalenia, ważne jest uświadomienie pacjentowi możliwości zahamowania postępu choroby nadciśnieniowej oraz ujawnienie skutków powikłań tego schorzenia jakimi są:

- pogorszenie, a nawet utrata wzroku,
- niewydolność nerek zagrażająca zdrowiu i niekiedy życiu,
- inwalidztwo z powodu utraty kończyny wskutek zmian miażdżycowych
- niepełnosprawność i brak logicznego kontaktu z otoczeniem jako konsekwencja udaru mózgu.

Pielęgniarka powinna również poinformować osobę palącą o innych schorzeniach, które nie wykluczają choroby nadciśnieniowej, jakie mogą spotkać uzależnionego – rak płuc, pęcherza, krtani.

Jeśli ponowna próba zaprzestania nie powiodła się należy pocieszyć pacjenta, że powrót do palenia zdarza się często, a nawet krótka przerwa jest dość dobrym doświadczeniem. W tym momencie pielęgniarka omawia przyczyny niepowodzenia i w przypadku bezradności pod-

opiecznego, proponuje współpracę z lekarzem, psychologiem, angażuje rodzinę i zaleca nikotynową terapię zastępczą.

Stosowanie nikotynowej terapii zastępczej jest dość popularne (niestety niezbyt tanie), łagodzi ona objawy głodu nikotynowego (pragnienie nikotyny, drażliwość, frustracja, gniew, lęk, trudności w koncentracji, niepokój, bezsenność, zwolnienie czynności pracy serca, zwiększenie apetytu, zwiększenie masy ciała).

Bez względu na rodzaj preparatu, jaki pacjent wybierze musi pamiętać o tym, że pewne symptomy towarzyszące rzucaniu paleniu są nieuniknione. Najbardziej uciążliwym jest pragnienie sięgnięcia po papierosa, a wtedy przy stosowaniu gum lub pastylek istnieje ryzyko nagłego wzrostu ciśnienia krwi z powodu przedawkowania preparatu.

Wiedza pielęgniarki powinna obejmować także znajomość metod niekonwencjonalnych w zakresie rzucenia palenia. Zazwyczaj efekty tych metod są krótkotrwałe, ale nie należy zniechęcać palacza jeśli chce się im poddać.

Ograniczenie spożycia soli

W wielu badaniach wykazano, że zwiększona śmiertelność z powodu chorób układu krążenia związana jest z wysokim spożyciem soli: częściej występują udary mózgu, szybciej zwiększa się masa lewej komory serca i to niezależnie od wysokości ciśnienia krwi.

Osoby z nadciśnieniem powinny dążyć do spożycia soli na poziomie mniejszym niż 5 g (zalecenia WHO). Warto uświadomić pacjentowi, że dotychczasowe jego nawyki przekraczały normę 3-4 krotnie, a przestawienie się na dietę ubogosolną nie wymaga od niego wielkich wyrzeczeń.

Jeśli chodzi o walory smakowe, warto podkreślić, że nawet najwięksi amatorzy słonego jedzenia bardzo szybko przyzwyczajają się do zmiany. Wystarczy tylko 48 godzin, aby organizm przyzwyczał się do mniej solonych potraw i dwa tygodnie, aby pacjent nie musiał ich solić. Żeby zmienić dotychczasowe przyzwyczajenia wystarczy wprowadzić kilka, stosunkowo mało uciążliwych modyfikacji.

Aby pacjent mógł osiągnąć jeszcze lepsze rezultaty w obniżeniu wartości wysokiego ciśnienia, warto zapoznać go z **dieta DASH** (ang. Dietary Approaches to Stop Hypertension) - obecnie uznawaną za optymalną w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Nie narzuca ona konkretnego jadłospisu, co umożliwi pacjentowi indywidualne tworzenie swojego menu.

Dieta dzieli artykuły spożywcze na 7 grup i każdej z tych grup zaleca odpowiednią ilość porcji spożywanych w ciągu dnia.

Poniżej zamieszczona tabela (forma ulotki) będzie pomocna w planowaniu codziennego jadłospisu; pacjent może ją również zabrać idąc na zakupy.

Tab. 10. Zalecenia diety DASH.

Artykuł spożywczy	Porcje dozwolone	Wielkość jednej porcji	Uwagi
Produkt zbożowy	7-8	Kromka chleba ½ szklanki ryżu, kaszy, makaronu	Źródło błonnika
Warzywa	4-5	Szklanka warzyw liściastych, soku warzywnego 1/2 warzyw gotowa- nych	Unikać przetworów z puszki Skarbnica witamin i minerałów
Owoce	4-5	1 szklanka soku Średnie jabłko, gruszka, 1/4 szklanki owoców suszonych	Skarbnica witamin i minerałów
Nabiał	2-3	Jedna szklanka mle- ka, kubeczek jogurtu, 50g twarogu	Źródło białka, spo- żywać produkty odtłuszczone
Mięs, drób, ryby	2 lub mniej	60-90g	Gotować lub piec na grillu
Orzechy, ziarna	4-5/ tydzień	1/3 szklanki orze- chów, 1/2 szklanki ugotowanej fasoli, grochu	Źródło potasu, biał- ka, błonnika
Tłuszcze	5/tydzień	1 łyżeczka margary- ny, oleju roślinnego, majonezu	

Źródło: Opracowanie własne.

Ograniczenie spożycia soli w diecie pacjenta z nadciśnieniem tętniczym, przynosi jeszcze większe korzyści, gdy idzie w parze ze zwiększonym spożyciem **potasu i magnezu**. Są to pierwiastki o dużym znaczeniu dla przemiany materii, układu nerwowego, naczyń krwionośnych i mięśnia sercowego.

Ważne jest przekonanie pacjenta o konieczności dostarczenia tych mikroelementów organizmowi w diecie wraz z naturalnymi produktami a nie pod postacią gotowych preparatów. Uczulić należy na właściwe przygotowanie pożywienia; zalecić spożywanie surowych warzyw i owoców, oraz gotowanie na parze.

Pielęgniarka ukazuje źródła tych pierwiastków w poszczególnych produktach spożywczych posługując się np. ulotką.

Tab. 11 Produkty spożywcze z dużą zawartością potasu i magnezu.

Potas	Warzywa: strączkowe (zwłaszcza suche nasiona np. soi), pomidory, buraki, bakłażany, cukinia, kalarepa, pietruszka, czosnek, koperek, ziemniaki, papryka Owoce: suszone śliwki i morele, banany, awokado, agrest, porzeczki, winogrona Produkty zbożowe: kasza gryczana i jęczmienna, otręby pszenne, płatki owsiane, pieczywo pełnoziarniste i chrupkie, pumpernikiel Ryby: dorsz, śledź
Magnez	Warzywa: strączkowe (suche nasiona soi, fasoli), szpinak, kukurydza, pestki dyni, natka pietruszki Owoce: migdały, słonecznik, orzechy laskowe i włoskie, rodzynki, banany Produkty zbożowe: kasza gryczana i jęczmienna, otręby pszenne, płatki owsiane, jęczmienne, pieczywo pełnoziarniste, ryż brązowy Ryby: dorsz, mintaj, makrela Czekolada gorzka Nabiał: mleko i jego przetwory

Źródło: Opracowanie własne.

Pełnego efektu należy spodziewać się w leczeniu dopiero po kilkunastu tygodniach. Przez zastosowanie powyższych zaleceń w posiłkach ciśnienie tętnicze może być zmniejszone przeciętnie o 10 mm Hg.

Redukcja masy ciała

Nadwaga lub otyłość dotyczy ponad 60% mężczyzn i około 50% kobiet w dorosłej populacji polskiej. W dużym odsetku przypadków jest to tzw. otyłość aneroidalna, często przebiegająca z nadciśnieniem i stwarzająca szczególne zagrożenie dla układu sercowo-naczyniowego.

Każdy dodatkowy kilogram ponad normę powoduje wzrost ciśnienia o 1-2 mmHg.

Wydaje się więc uzasadnione, że zmniejszenie wagi ciała jest jednym z podstawowych elementów leczenia nefarmakologicznego nadciśnienia tętniczego.

Wstępem do podjęcia kuracji odchudzającej powinno być ocenienie aktualnej wagi ciała pacjenta. W tym celu pielęgniarka posługuje się tzw. **wskaźnikiem masy ciała** (BMI, ang. Body Mass Index).

W charakterystyce otyłości pielęgniarka określa także jej typ. Najprostszym sposobem jest pomiar obwodu talii. Gdy u mężczyzny przekracza on 102 centymetry, a u kobiety 88 centymetrów, świadczy to o typie androidalnym (tzw. jabłko) sylwetki, jeśli obwód bioder jest większy od obwodu pasa mówimy wtedy o typie gynoidalnym (tzw. gruszka).

Określenie typu sylwetki jest istotne, gdyż zagrożenie dla zdrowia stwarza głównie otyłość typu brzuszego.

Pozbycie się zbędnych kilogramów będzie wymagało od pacjenta wiele wyrzeczeń i samozaparcia, zmian w nawykach żywieniowych i stylu życia, wsparcia od rodziny.

Poinformowanie pacjenta, że osiągnięcie prawidłowej masy ciała jest zawsze możliwe, nie jest dostateczną motywacją. Pielęgniarka musi znaleźć inne pozytywne aspekty zachęcające do terapii.

„Niech żywność będzie Twoim lekarstwem, a lekarstwo Twoją żywnością”.

Zastosowanie się do tej maksymy przy wdrożeniu kilku zmian na pewno przyniesie wymierne korzyści w postaci:

- znacznego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi,
- obniżenia poziomu glukozy we krwi co jest bardzo istotne przy cukrzycy często towarzyszącej nadciśnieniu,
- obniżenia stężenia cholesterolu, który ma znaczny wpływ na zmiany miażdżycowe,
- zmniejszenia dawek leków stosowanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego i cukrzycy,
- zmniejszenia ryzyka rozwoju choroby wieńcowej,
- lepszego samopoczucia i zwiększenia długości życia,
- większej energii życiowej,
- wzrostu samooceny i wiary w siebie.

Kolejnym krokiem jest ustalenie dziennego zapotrzebowania energetycznego.

Wyliczenie tej wartości wymaga indywidualnego podejścia do pacjenta. Pielęgniarka bierze pod uwagę:

- płeć,
- aktualną wagę pacjenta,
- rodzaj wykonywanej pracy,
- aktywność fizyczną.

Aby proces chudnięcia przebiegał prawidłowo (bezpieczna utrata masy ciała 0,5-1 kg na tydzień), pacjent powinien dostarczyć organizmowi mniej energii niż wynosi jego zapotrzebowanie, czyli jadać posiłki o zmniejszonej wartości kalorycznej (ilość energii jaką organizm jest w stanie wytworzyć ze 100 g produktu spożywczego).

Wyliczenie dziennego zapotrzebowania jest możliwe stosując wzór:

KOBIETY	$AMC \times 24 \times WAF \times 0,9 - 300$
MĘŻCZYŹNI	$AMC \times 24 \times WAF - 500$

AMC - aktualna masa ciała w kilogramach

WAF - współczynnik aktywności fizycznej: 1,3 mała, 1,5 średnia, 1,7 duża

Rozdanie pacjentom broszur i ulotek z tabelami kalorycznymi wszystkich produktów spożywczych ułatwi im sporządzanie jadłospisu w trakcie kuracji.

Następną zasadą jest **dobre planowanie posiłków**. Pacjent powinien pamiętać o zasadzie:

„Śniadanie jedz jak król, obiad jak szlachcic, a kolację jak żebrak”.

Między głównymi posiłkami można zaproponować dwie małe przekąski (drugie śniadanie i podwieczorek), aby chory uniknął napadów głodu.

Walka z nadwagą wymaga obiektywnego sędziego - wagi. Pielęgniarka namawia pacjenta do kupna nie jednej ale dwóch wag;

- pierwszej do żywności,
- drugiej do pomiaru wagi ciała.

W ten sposób pacjent będzie mógł kontrolować ile je i ile chudnie.

Oprócz zastosowania diety pielęgniarka zaleca wzmożoną aktywność fizyczną, która obok diety stanowi podstawowy element kuracji odchudzającej. Ułatwia ona utratę energii, wyrównuje współistniejące zaburzenia metaboliczne. Aktywność fizyczna zapobiega obniżeniu podstawowej przemiany materii po odchudzaniu oraz efektowi jo-jo. Rodzaj ćwiczeń należy tak wybrać aby był zaakceptowany przez pacjenta i dostosować do obecnego stanu zdrowia.

Zwiększenie aktywności fizycznej.

Prawidłowo dozowana aktywność fizyczna wspomaga dobre samopoczucie i podwyższa przewidywaną długość życia.

„**Ruch jest lekiem XXI wieku**”. Systematyczna aktywność fizyczna prowadzi do korzystnych zmian czynnościowych wielu układów (przede wszystkim układu krążenia) wpływa na redukcję masy ciała, korekcję zaburzeń metabolizmu lipidów i węglowodanów.

Przy wysokim ciśnieniu odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny powinien być – obok diety i leków – nieodłącznym elementem kompleksowej terapii nadciśnienia tętniczego.

Zmobilizowanie chorego - często otyłego, zmęczonego codziennymi obowiązkami do aktywności fizycznej nie będzie prostym zadaniem.

Posługując się kilkoma radami pielęgniarka dąży do „rozzurzenia” pacjenta, pokonania jego „lenistwa” i przyzwyczajenia organizmu do większej aktywności fizycznej.

Zaproponowanie pacjentowi poniższych zaleceń może przynieść oczekiwane korzyści; chory powinien:

- przejść się do sklepu, znajomych - samochód zostawić w garażu,
- drogę z pracy pokonać pieszo - nie zawsze jest potrzebny samochód,
- wejść po schodach przynajmniej dwa pietra - nie korzystać z windy,
- uprawiać ogródek, działkę,
- kupić psa - możliwość częstego wychodzenia na spacer,
- brać udział w sportowych zabawach swoich dzieci, wnuków,
- niejednokrotnie, daną trasę pokonać rowerem, a nie samochodem,
- czas spędzony przed telewizorem zastąpić spacerem.

Indywidualne podejście do pacjenta jest bardzo ważne. Pielęgniarka znając jego stan zdrowia, możliwości i upodobania jest w stanie zaproponować odpowiedni wysiłek fizyczny i co za tym idzie - zaproponować odpowiednią dyscyplinę sportową.

Pielęgniarka zatem poleca wszystkie te dyscypliny, które charakteryzują się powtarzalnymi ruchami (tzw. ćwiczenia aerobowe) a nie zaleca ćwiczeń na siłowni, sportów siłowych i z elementami skoków i rzutów.

Należy uczulić pacjenta na fakt, że każdy wysiłek fizyczny - szczególnie w pierwszych tygodniach treningu - podnosi tętno i jeśli dodatkowo pojawiają się duszność, zawroty głowy i nierówne bicie serca należy natychmiast przerwać zajęcia i skontaktować się lekarzem. Jednym ze sposobów uniknięcia takiej sytuacji jest nauczenie podopiecznego jak dobrać tempo ćwiczeń do swojego wieku i możliwości.

Istnieje zasada, że **podczas treningu tętno powinno mieścić się w przedziale 60-80% maksymalnego tętna (MT), tzn. około 140-160 uderzeń na minutę.**

Dobroczynny wpływ aktywności fizycznej na układ krążenia ujawni się wtedy, gdy ćwiczenia będą wykonywane regularnie.

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca osobom chorym na nadciśnienie tętnicze uprawianie sportu zgonie z „Regułą 3”, która mówi, że aby skutecznie obniżyć ciśnienie krwi, należy:

- ruszać się regularnie co najmniej 3 razy w tygodniu,
- przez 30 minut,
- minimum przez 3 miesiące, a najlepiej przez całe życie.

Unikanie stresu i odpowiedni wypoczynek.

Pewien optymalny **poziom stresu** jest niezbędny dla efektywnego funkcjonowania człowieka. Zbyt niski poziom stresu powoduje spadek motywacji, apatię i znudzenie. Zbyt wysoki – napięcie, trudności z koncentracją, lęk i zamęt w głowie, fizyczne zmęczenie, zwolnienie refleksu.

Ten drugi jest reakcją organizmu na sytuacje trudne, przykre lub stanowiące zagrożenie. Pod wpływem tych czynników wzrasta częstość i siła skurczów serca, a więc i ciśnienie krwi, co przy długotrwałym stresie może prowadzić do niewydolności serca.

Choć trudno jest uniknąć stresu pielęgniarka przekonuje pacjenta, że można nauczyć się panować nad nim. Słuszne jest chyba powiedzenie, że ilu jest ludzi – tyle jest sposobów walki ze stresem. Poradnictwo w tym przypadku może tylko być podpowiedzią jak to zrobić.

Podczas rozmowy z chorym pielęgniarka stara się ukazać sposoby odreagowania i dąży do tego aby pacjent sam znalazł własny sposób na stres. Może to być wysiłek fizyczny, ulubione zajęcie, joga, spacer, muzyka, medytacja, rozmowa przyjacielem lub osobą postronną np. pielęgniarką.

Przy radzeniu sobie ze stresem najlepsza i najskuteczniejsza jest profilaktyka. Pielęgniarka najczęściej zaleca sposoby już sprawdzone wcześniej i proponuje pacjentowi:

- **utrzymanie kontakt z naturą** – pachnący świeżością las i śpiew ptaków może dostarczyć energii, której nie mają w sobie betonowe osiedla,
- poświęcenie czasu dla siebie – zrobić sobie przyjemność: wyłączyć telefon, usiąść wygodnie w fotelu lub iść na spacer,
- rozmowę z **kimś kto naprawdę ma ochotę słuchać,**
- **zastosowanie techniki relaksacyjnych** – może to być joga, medytacja czy proste kontrolowanie oddechu,
- **uprawianie sportu** - ćwiczenia fizyczne są niewątpliwie lepszym sposobem na okiełznanie stresu niż obsesyjne myślenie o tym co może się wydarzyć i zamartwianie się,

- **zdrowe odżywianie** – pacjent powinien wiedzieć, że istnieje związek między fizyczną i psychiczną stroną człowieka,
- **lepsze gospodarowanie czasem** – sporządzić plan dnia, a nawet tygodnia, spis rzeczy, które są do załatwienia bardzo pilnie i takich, które mogą jeszcze poczekać,
- **stawianie realistycznych celów** – ustalić co chce się osiągnąć i w jakim czasie.
- **nie starać się być perfekcjonistą** - każdy popełnia błędy, nie trzeba wszystkiego robić bezbłędnie,
- **nie troszczyć się o rzeczy na które nie ma się wpływu** – życie toczy się dalej, koncentrować należy się nad rzeczami na które ma się wpływ,
- wzrostu samooceny i wiary w siebie.

Pielęgniarka pełniąc funkcję obserwatora, psychologa potrafi zauważyć, kiedy stres się nasila i niekorzystnie wpływa na stan pacjenta. Nie waha się zaproponować udziału w terapii grupowej, indywidualnej lub innych zajęciach dla osób z podobnymi problemami.

Dobrymi metodami łagodzącymi stres mogą okazać się: aromaterapia, muzykoterapia, homeopatia, masaż.

Odpowiedni **wypoczynek** obniża ciśnienie krwi i regeneruje organizm. Należy uświadomić pacjentowi, że ciągle zmęczenie naraża go na utrzymywanie się podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego, i małą skuteczność jego leczenia. Dodatkowo pacjent narażony jest na wzrost ryzyka infekcji i urazów.

Pielęgniarka nie może narzucić choremu formy wypoczynku, jedynie znając jego rozkład zajęć w ciągu dnia, może zasugerować:

- odpoczynek czynny – jeśli pacjent nie pracuje fizycznie lub w ogóle nie pracuje – np; zajęcia w ogrodzie, piesza wycieczka, jazda na rowerze,
- odpoczynek bierny – po pracy, gdzie dochodzi do obciążenia fizycznego organizmu – np. czytanie, wędkowanie, gra w szachy.

Należy uściślić informacje i powiedzieć pacjentowi, że aby wypoczynek był efektywny powinien również przestrzegać naturalnych rytmów czasowych:

- dobowego – sen nocny minimum 6-7 godzin na dobę,
- tygodniowego – przynajmniej jeden dzień w tygodniu wolny od pracy,
- rocznego – przynajmniej jeden dłuższy urlop w ciągu roku.

Zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu





Małe porcje alkoholu wypijane okazjonalnie nie mają większego wpływu na nadciśnienie krwi. Jednak nałogowe lub przewlekłe spożywanie produktów alkoholowych prowadzi do występowania nadciśnienia tętniczego o ciężkim przebiegu i abstynencja w takich przypadkach może prowadzić do normalizacji tego parametru.

Osobom z chorobą nadciśnieniową zaleca się ograniczyć dzienną ilość wypijanego alkoholu do maksymalnie:

- kobietom – 1 drink,
- mężczyznom – 2 drinki,

Jednak nie każdy z pacjentów potrafi określić tę dawkę, w celu ułatwienia obliczania pielęgniarka ukazuje zawartość alkoholu w drinku, w poszczególnych produktach.

Rys. 8 Porcje trunków zawierające mniej więcej tę samą ilość alkoholu, odpowiadające jednemu drinkowi.

			
Porcja alkoholu wysokoprocentowego (40 ml, 40% alkoholu)	Kieliszek likieru (70 ml, 25% alkoholu)	Lampka wina (140 ml, 12% alkoholu)	Szklanka piwa (330 ml, 5% alkoholu)

Źródło: opracowanie własne

Należy uprzedzić pacjenta, że alkohol:

- ma wysoką kaloryczność (co ma związek z odchudzaniem),
- łatwo wchodzi w reakcje z lekami – może osłabiać lub wzmacniać działanie leków i nasilać ich skutki uboczne,
- w połączeniu niektórymi lekami może być przyczyną zatrucia, stanów lękowych i w najgorszym przypadku myśli samobójczych,
- przekroczenie zalecanej dawki może wiązać się z uzależnieniem, chorobami wątroby, trzustki i mózgu.

Kontrola ciśnienia pozwoli ocenić wysokość tego parametru i jeżeli podczas kolejnych wizyt w placówkach ochrony zdrowia, lub w wyniku samodzielnych pomiarów wartości te są nadal zawyżone należy zalecić pacjentowi całkowitą abstynencję.

Prewencję powikłań nadciśnienia tętniczego, zarówno pierwotną jak i wtórną pielęgniarka rozpoczyna od kształtowania umiejętności pacjenta w zakresie modyfikacji stylu życia. Zmiana dotychczasowych zachowań i czynne uczestnictwo w leczeniu nefarmakologicznym przyniesie niewymierne korzyści w postaci znacznego i trwałego obniżenia ciśnienia krwi, a tym samym uchroni go przed, groźnymi w skutki; chorobami serca, mózgu, nerek.

Tab. 14. Obniżenie ciśnienia tętniczego przy pomocy środków niefarmakologicznych.

Zmiana	Obniżenie ciśnienia skurczowego	Zalecenia
Zmniejszenie masy ciała	5-20 mm Hg /10 kg redukcji masy ciała	Utrzymywać prawidłową wagę (BMI 18,5-24,9)
Zmniejszenie spożycia soli	2-8 mm Hg	Zmniejszyć spożycie sodu do 2,4g dziennie
Stosowanie diety DASH	8-14 mm Hg	Spożywać owoce, warzywa, produkty mleczne ze zmniejszoną zawartością tłuszczów nasyconych
Ograniczenie spożycia alkoholu < 30g przy nadmiernej konsumpcji	2-4 mm Hg	Ograniczyć spożycie do 30ml alkoholu dziennie
Zwiększenie aktywności fizycznej	4-9 mm Hg	Podjąć regularne ćwiczenia aerobowe

Źródło: Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.

Zakończenie

Nigdy nie jesteśmy za młodzi, by mówić o pełnym zabezpieczeniu przed chorobami cywilizacyjnymi. Styl życia człowieka, panujący w obecnym świecie, jest sprzeczny z warunkami, w jakich kształtował się człowiek. Zbyt kaloryczne posiłki, jedzenie w barach szybkiej obsługi, mała aktywność fizyczna lub jej całkowity brak doprowadziły do rozwoju wielu chorób XXI wieku, w tym między innymi nadciśnienia tętniczego.

Codziennie miliony osób zmagają się z tym schorzeniem. Szacuje się, że tylko w Polsce choruje 9 milionów, a problem jest tym większy, że nie wszyscy wiedzą, że są chorzy – być może dlatego, że w początkowym okresie choroba przebiega bezobjawowo. „Cichy zabójca”, jak często określa się tę chorobę, prowadzi do poważnych w skutki powikłań takich jak zawały serca, udary mózgu, niewydolność nerek oraz chorób tętnic; często kończących się śmiercią lub inwalidztwem.

Konsekwencje nieleczzonego nadciśnienia tętniczego stanowią więc ogromne, lecz możliwe do prewencji, zagrożenie dla zdrowia i życia.

- Istotą postępowania profilaktycznego jest:
- **modyfikacja stylu życia,**
- **eliminacja czynników ryzyka naczyniowo-sercowego.**

Działania te są integralną częścią pracy pielęgniarki. Poprzez edukację, silną motywację dąży do osiągnięcia przez pacjenta zachowań prozdrowotnych w zakresie:

- utrzymania prawidłowej masy ciała,
- stosowania odpowiedniej diety,
- zwiększenia aktywności fizycznej,
- zaprzestania palenia tytoniu,
- ograniczenia spożywania alkoholu,
- systematycznej samokontroli ciśnienia tętniczego.

Ważne jest aby te zmiany - zadanie trudne, bo dotyczące zmian przyzwyczajzeń i codziennych zachowań nie pozostały tylko w zasięgu chorych z silną osobowością, ale i objęły wszystkich pacjentów.

Modyfikacja stylu życia osób z rozpoznanym nadciśnieniem może skutecznie opóźnić rozwój tej choroby:

- w naturalny sposób obniża ciśnienie krwi, nie powodując skutków ubocznych.
- w sposób decydujący wpływa na poprawę jakości życia pacjenta: relacje rodzinne, społeczne, zawodowe,
- **zapobiega powikłaniom nadciśnienia tętniczego** oraz zmniejsza ryzyko zachorowania na inne choroby.

Alina Bielecka

Rola pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium

Promotor: dr nauk med. Tomasz Dawiskiba

Powszechnie wiadomo, że zaburzenia depresyjne występują dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Do rozwoju zaburzeń depresyjnych u kobiet przyczyniają się czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, które upośledzają ich działanie, zarówno w pracy jak i w życiu rodzinnym. Zaburzenia nastroju u kobiet obejmują zaburzenia depresyjne w szczególnych okresach ich życia, takie jak:

- przedmiesiączkowe (lub dysforyczne) zespoły depresyjne,
- poporodowe zaburzenia nastroju,
- zaburzenia nastroju związane z menopauzą.

Okres klimakterium a zaburzenia depresyjne

Zaburzenia psychiczne okresu menopauzy to głównie: nerwowość, drażliwość, zespół depresyjny, bezsenność, płaczliwość, lęk, brak motywacji, słaba koncentracja, przerywany sen. Kryteria diagnostyczne i klasyfikacja bardziej nasilonych zaburzeń psychicznych u kobiet w okresie menopauzy nie różnią się od kryteriów tych schorzeń w każdym innym okresie życia. Czynniki ryzyka pojawienia się zaburzeń depresyjnych w czasie menopauzy obejmują:

- przebyte zaburzenia psychiczne w przeszłości,
- występowanie zaburzeń nastroju w rodzinie,
- słabe zdrowie (w tym przebyte operacje położniczo-ginekologiczne),
- stres społeczny,
- ciężka sytuacja materialna i społeczna pacjentki.

W momencie nadejścia menopauzy pustka hormonalna tworzy całą mozaikę negatywnych skutków, których kobieta nie rozumie i często nie akceptuje. Odczuwa ona obniżenie poziomu energii, często czuje się na skraju wytrzymałości nerwowej i emocjonalnej, jest zmęczona bez powodu. To pociąga za sobą uczucie niedowartościowania, które kobieta źle znosi. Przedtem potrafiła uporać się z wieloma rzeczami, a w trakcie tych zaburzeń jej energia życiowa staje pod znakiem zapytania. Sytuacji ogólnego poczucia braku własnej wartości odpowiada pełne rozczarowanie pytanie: „na co wszystko?”. Uczucie zniechęcenia pogłębiają jeszcze zaniki pamięci.

Wśród niekorzystnych czynników psychologicznych okresu klimakterycznego można wymienić również takie zjawiska, jak: inne myślenie o sobie („czy nadal jestem kobietą?”, „czy

mogę być jeszcze atrakcyjna?”), świadomość końca okresu młodości, odejście dzieci z domu („zespół pustego gniazda”), chorobę lub śmierć męża, samotność, zmianę statusu społeczno-zawodowego. Okres okołomenopauzalny u kobiet wybitnie sprzyja powstawaniu lub nasilaniu się istniejących zaburzeń psychicznych.

Warto wiedzieć, że wiele z tych objawów nie ma bezpośredniego związku z procesem starzenia się, lecz z lękiem i nerwowością. Chodzi tutaj bardziej o symptomy psychosomatyczne niż problemy połączone ze zmianami hormonalnymi. Faktem jest, że nałożyły się na siebie liczne czynniki (hormonalne, społeczne, kulturowe, intelektualne i zawodowe), i to w ten sposób, że trudno je od siebie oddzielić.

Realizacja opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium na oddziale szpitalnym

Specyfika pracy z pacjentkami z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium wymaga od pielęgniarki określonych cech osobowości. Konieczna jest umiejętność wytworzenia sprzyjającej atmosfery, nawiązywania kontaktu terapeutycznego oraz posiadanie takich cech jak: empatia, akceptacja chorego, tolerancja, życzliwość, elastyczność w zachowaniu i łatwość w komunikowaniu się.

Wywiad z pacjentką depresyjną w okresie klimakterium powinien obejmować: retrospektywną historię objawów związanych z miesiączkowaniem, pełne badanie fizykalne (w tym również badanie ginekologiczne, endokrynologiczne, wywiad o alergiach itp.) oraz informacje o schorzeniach somatycznych, historię schorzeń psychicznych i szczegółowe rozeznanie o chorobach psychicznych w rodzinie. Zakres danych gromadzonych przez pielęgniarkę ujmuje człowieka jako całość, a więc obejmuje wszelkie sfery funkcjonowania: biologiczną, psychiczną i społeczną.

Już podczas wywiadu z pacjentką obserwujemy komunikaty niewerbalne (mimikę, ruchy ciała, ton głosu). Obserwację prowadzimy przy każdym kontakcie z pacjentką. Ta technika powinna również rozciągnąć się na otoczenie pacjentki (np. rozmowa z rodziną w czasie odwiedzin itp.).

Zakres i charakter obserwacji pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium obejmuje:

- wygląd ogólny – budowa ciała, stan higieny, wady budowy, ubiór,
- mowa ciała – w tym mimika twarzy,
- zmiany patologiczne na skórze i jej wytworach,
- zachowanie pacjentek i ich rodziny – cechy temperamentu,
- emocje – ekspresyjne cechy mimiki, fizjologiczne cechy napięcia,
- zachowanie się pacjentek w czasie rozmowy – intensywność głosu, dynamika, tembr, cechy artykulacji słów,
- reakcje pacjentek i ich rodzin w różnych sytuacjach,
- aktywność życiowa pacjentki.

W gromadzeniu danych o pacjentce pomocna jest pielęgniarsce dokumentacja prowadzona w oddziale przez cały zespół terapeutyczny (psychiatra, psycholog, terapeuta). Do danych tych należą m.in. testy samooceny wg skali Hamiltona i Becka.

Skala Becka to czterostopniowa skala samooceny nasilenia objawów zespołu depresyjnego. Pełna skala obejmuje 21 objawów, jej wersja skrócona – 13 objawów.

Druga skala zwana skalą Hamiltona jest popularnym narzędziem stosowanym do oceny klinicznej leków przeciwdepresyjnych i diagnostyki depresji. Przeznaczona dla lekarzy i psychologów. Zastosowano w niej, w zależności od typu objawu, 3- lub 4-stopniową skalę oceny ilościowej. Wykazuje ona dużą rzetelność pomiaru i stanowi dobry punkt odniesienia dla weryfikacji innych metod oceny depresji. Pomiar obejmuje 24 objawy lub cechy.

Komunikowanie się z pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium.

Sposób komunikowania się z pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi oraz forma jaką wybieramy jest trudnym wyborem. Często pacjentka wycofuje się z próby nawiązania kontaktu, jeśli czuje się zależna w jakimś związku, będzie jednocześnie szukać go i nie poddawać się mu.

Pocieszanie chorej pacjentki i rozsnuwanie przed nią wizji lepszych dni oraz szybkiej poprawy nie jest zachowaniem terapeutycznym, podobnie jak i rozweselanie, bo takie działanie jest przyczyną głębszej depresji. Umacnia chorą w przekonaniu, jak bardzo jest ona niezrozumiana i samotna. Gest i spojrzenie mogą dać chorej poczucie, że nie jest sama, ponieważ podopiecznemu najbardziej chodzi o świadomość bycia przy niej innej osoby, dlatego poczucie, że jest otoczona opieką, serdecznością i empatycznym podejściem w jej trudnej sytuacji, przywraca jej pewność siebie, a tym samym zmniejsza przygnębienie.

Opieka pielęgniarstwa zmienia się w miarę jak pacjentka i jej funkcjonowanie staje się bardziej efektywne. Niektóre aspekty opieki pielęgniarstwa stają się ważniejsze w jednych momentach niż innych, np. komunikacja – nawet jeśli pacjentka nie reaguje, pragnie, by do niej mówiono, zwracano się do niej i słuchano co mówi.

Wyróżniamy następujące etapy podejścia pielęgniarki do pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi:

- krótkie, częste rozmowy na neutralne tematy w celu zainicjowania interakcji: akceptowanie faktu, że pacjentka ma niską motywację do komunikowania się i kontaktu interpersonalnego,
- stopniowe ustalenie nie zagrażającego, bezpiecznego otoczenia,
- pomaganie pacjentce, by stała się świadoma swej emocjonalnej monotonii poprzez bezpośrednią konfrontację,
- spokojna akceptacja zaprzeczających i gniewnych reakcji pacjentki,
- dostarczanie pacjentce sposobności do spostrzegania swych agresywnych, ale nie destrukcyjnych zachowań i reakcji, kiedy jest zdolna do wyrażania złości,
- dostarczanie pacjentce okazji do werbalnej i emocjonalnej eksploracji bolesnych krzywd z przeszłości,
- rozwijanie strategii w celu stopniowego zerwania więzów przez rozszerzenie samoświadomości pacjentki,
- ocena efektywności podejścia według zdolności pacjentki do wytworzenia nowych więzi i zaangażowania w życie zewnętrzne.

Podstawowym zadaniem pielęgniarki mającej kontakt z pacjentką z zaburzeniami depresyjnymi jest wysłuchanie jej uczuć winy i bezwartościowości oraz podwyższenie jej samooceny.

Działania te powinny być tak zaplanowane, by wzmocnić komunikację z pacjentką i zmniejszyć uczucie beznadziejności.

Pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi obserwują u siebie regularny dzienny rytm zmian nastroju, energii i zdolności do funkcjonowania.

Ważne jest zapewnienie pacjentce rozrywki, zachęty do aktywnego spędzania wolnego czasu, ruchu, poruszania się i włączania w różne sytuacje zewnętrzne. W wyborze rozrywek nie jest to czas na zmianę zainteresowań, aczkolwiek niektóre pacjentki dopiero w podeszłym wieku znajdują czas na nowe pasjonujące zajęcia, np. poznawanie historii, malarstwo, itp.

Oczekiwanej zmiany w zachowaniu pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi dokonuje się tylko wtedy, gdy czuje ona w jakimś stopniu szacunek do siebie, może wyrażać swoje uczucia i ma bardziej realistyczny obraz siebie i efektywny styl życiowy. Dobrze jest, gdy znajduje akceptację i pomoc wśród członków swojej rodziny i przyjaciół.

Udział pielęgniarki w rehabilitacji pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium

W rehabilitacji chorej z zaburzeniami depresyjnymi wykorzystuje się wiele metod oraz różne formy oddziaływań psycho- i socjoterapeutycznych. W procesie terapeutycznym wyróżniamy:

- psychoterapię,
- terapię zajęciową,
- treningi umiejętności społecznych.

Według S. Puzyńskiego, psychoterapia indywidualna to systematyczne, planowe i świadome oddziaływanie środkami psychologicznymi, głównie słowem, w celach leczniczych.

Stan depresyjny, w którym znajduje się kobieta w okresie menopauzalnym najczęściej wymaga fachowej pomocy. Przede wszystkim kontakt pielęgniarki z chorą z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium wymaga od niej taktu, cierpliwości, zrozumienia dla bezradności ogarniającej pacjentkę. Ta bezradność i brak sił wewnętrznych odbierają wszelką aktywność w codziennych działaniach.

Pielęgniarka musi w swych działaniach być autentyczna, zaangażowana w sytuację pacjentki i wykazać chęć udzielenia pomocy. Jest to tak zwana umiejętność empatii. Komunikując się z pacjentką, należy wyciszyć emocje, a swoim wewnętrznym spokojem i towarzyszeniem pacjentce zapewnić jej poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwić wypowiedzenie się na nurtujące ją tematy.

Pacjentka z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium ma trudności z przetwarzaniem informacji, dlatego komunikaty od osoby pomagającej powinny być proste. Jak pisze A. Kępiński, „w głębokiej depresji nie można prowadzić z pacjentkami długich rozmów, nie są one w stanie nieraz wypowiedzieć słowa”.

Krótkie, częste rozmowy na neutralne tematy mają na celu zainicjowanie interakcji. Oferowanie pacjentce swej pomocy, uważne słuchanie chorej, empatia, akceptacja, okazywanie jej zainteresowania – to elementy ułatwiające nawiązywanie komunikacji.

Kobiety w tym okresie potrzebują również pomocy w utrzymaniu higieny osobistej i czystości otoczenia. Pamiętać należy także o tym, że chora na depresję nie dba o swój wygląd

zewnątrzny, dlatego udzielamy jej pomocy w wyborze ubrania, zachęcamy do ubierania się i utrzymywania czystej garderoby, pomoc przy myciu lub umycie chorego są również bardzo istotne.

Chora z zaburzeniami depresyjnymi jest szczególnie wrażliwa, co zmusza pielęgniarkę do taktownego zachowania oraz pokazywania uczuć zrozumienia i współczucia, co jest bardzo istotne. Można ją zapewnić, że, na przykład, „będzie pani na pewno czuła się lepiej, ale muszę pani jednocześnie powiedzieć, że nie jest pani w tej chwili w stanie uwierzyć w to, ani tego zrozumieć.” Pamiętajmy, że przyjacielskość okazywana chorej jest tylko wtedy coś warta, gdy jest prawdziwa i naturalna.

W ramach opieki nad pacjentkami pielęgniarka prowadzi bilans kaloryczny, obserwuje i odnotowuje liczbę oraz ilość spożytych posiłków, kontroluje masę ciała 1-2 razy w tygodniu. Pacjentki mogą potrzebować towarzystwa w czasie posiłku, czy też mogą wymagać karmienia. Poza tym pielęgniarka swojej obserwacji musi poddać takie czynności fizjologiczne jak oddawanie stolca i moczu, ponieważ chore depresyjnie mogą nie skarżyć się na długotrwałe zaparcia. Do najbardziej trudnych etapów należy włączenie chorych kobiet w życie społeczności szpitalnej, umożliwienie udziału w zajęciach organizowanych przez pielęgniarkę lub terapeutę.

Wyróżnia się różne formy oddziaływań terapeutycznych, w których bierze udział pielęgniarka. Należą do nich masaże klasyczne, ćwiczenia oddechowe, muzykoterapia, ćwiczenia samoobsługi, rozwijanie umiejętności społecznych, działania edukacyjne, zajęcia ruchowe z elementami hatha-jogi, aerobik, terapia zajęciowa, trening antystresowy, trening ułatwiający zasypianie, muzyczny relaks oraz biblioterapia. Początkowo może to być bardzo bierny udział pacjentek. Mobilizacja do uczestnictwa w zajęciach zorganizowanych powinna odbywać się powoli, zarówno w zakresie działania psychicznego jak i fizycznego. Nie można stosować przymusu, a pielęgniarka powinna mieć rozeznanie, jakie zajęcia zaproponować swoim pacjentkom. Jeżeli pacjentki nie odczuwają przyjemności w braniu udziału w zajęciach należy je zmienić na inne. Pielęgniarka musi pamiętać, iż pacjentki nie wolno zmuszać do wykonywania zajęć w ramach terapii zajęciowej, należy wyjaśniać, tłumaczyć, zapraszać w sposób przyjacielski.

Chora z zaburzeniami depresyjnymi zachęcamy najpierw do najprostszych czynności, jak: dbanie o higienę, ubiór, porządek na stoliku przy łóżku. Następnie zachęcamy je do pomocy na oddziale: pomoc przy posiłkach, dbanie o kwiaty, pomoc w kuchni. Psychoterapia grupowa opiera się na wykorzystywaniu oddziaływań między pacjentką a terapeutą w kilku lub kilkunastoosobowych grupach. Dzięki temu chora może uzyskać większą wiedzę o sobie i swoich relacjach z innymi, korygować nieadaptacyjne formy zachowań oraz rozwiązywać dręczące ją problemy i trudności. Bardzo cennym zjawiskiem w przebiegu psychoterapii grupowej jest wytwarzanie więzi emocjonalnej pomiędzy członkami grupy.

W oddziaływaniach rehabilitacyjnych najczęściej jest wykorzystywana psychoterapia elementarna. Psychoterapia elementarna to: bliski kontakt z chorą, milczenie, wspieranie jej, wzbudzanie w niej otuchy, okazywanie zrozumienia jej trosk, tworzenie spokojnej z poczuciem bezpieczeństwa atmosfery wokół niej. Ważne jest przekazanie pacjentce, że jest ktoś, kto się nią interesuje i zajmuje, kto ją kocha, rozumie i akceptuje, od kogo może uzyskać opinię, wskazówki, a niekiedy i decyzję. Należy zachęcać pacjentkę do obmyślenia pozytywnych planów na

przyszłość, podejmowania decyzji i dokonywania wyborów. Jedną z metod rehabilitacji zalecaną chorej pacjentce z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium jest terapia zajęciowa. Polega na usprawnianiu fizycznym i psychicznym poprzez wykonywanie różnych zajęć, np.: wykonywanie różnych przedmiotów z drewna, metalu, skóry, szycie, szydełkowanie, zajęcia umysłowe wykonywanie czynności dnia codziennego. Terapia zajęciowa polega na stopniowym angażowaniu chorej w życie społeczne przez udział we wspólnej celowej aktywności, zwykle z pogranicza pracy użytkowej i twórczości artystycznej.

Leczenie pracą polega na wykorzystaniu pracy jako metody leczenia i rehabilitacji chorej pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium. Poprzez pracę chora pacjentka kontaktuje się z otoczeniem, uczy się współżycia w grupie, współpracy, lojalności, koleżeństwa, wyraża siebie i swoje aspiracje. W zależności od rodzaju schorzenia oraz aktualnego stanu psychicznego pacjentki, należy dobierać odpowiedni, najwłaściwszy rodzaj pracy. Dla chorych pacjentek z najgłębszymi zaburzeniami depresyjnymi najbardziej odpowiednie będzie wykonywanie najprostszych czynności, takich jak: dbanie o higienę, ubiór. W miarę poprawy stanu zdrowia można zachęcać ją do pomocy na oddziale, pomocy przy posiłkach, dbanie o zieleń, odkurzanie sprzętów. Terapia ruchem, czyli kinezyterapia wykorzystuje ruch jako metodę rehabilitacji w celu aktywizacji pacjentki z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium. Terapia ruchem obejmuje: ćwiczenia ogólnie usprawniające, zajęcia sportowe, ćwiczenia relaksacyjno-koncentrujące. Dzięki nim można poprawić pracę narządów wewnętrznych, wzmocnić układ mięśniowy, odprężenie nerwowe. Aktywność ruchowa pośrednio wpływa na poprawę nastroju, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, podniesienie samooceny oraz dążenia do rywalizacji. W oddziaływaniu rehabilitacyjnym duże znaczenie ma wykorzystanie terapii rozrywką, sprzyja ona uaktywnianiu pacjentki i ułatwia jej nawiązanie oraz podtrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi.

Organizowanie spotkań i wieczorków towarzysko-rozrywkowych, zapraszanie gości, przygotowywanie poczęstunku są to elementy aktywizacji chorej. Nastrój odprężenia, muzyka, obecność innych ludzi tworzą atmosferę sprzyjającą nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów międzyludzkich. Można również organizować pacjentce zajęcia kulturalno-rozrywkowe, np. wyjścia do kina, teatru, muzeum, czy na wystawy.

Pielęgniarka dzięki stałemu kontaktowi z chorą i bacznej obserwacji poznaje jej zainteresowania, potrzeby, może więc proponować najbardziej jej odpowiadające, nie przekraczające jej możliwości i nie stanowiące zbyt dużego obciążenia, zajęcia. Zachęca pacjentkę do dbania o higienę osobistą i estetyczny wygląd oraz do utrzymania porządku w najbliższym jej otoczeniu.

W celu odnowienia sił witalnych, zwiększenia umiejętności w radzeniu sobie w różnych dziedzinach życia wykorzystuje się treningi zachowań. Szczególnie istotne jest odtwarzanie i podtrzymywanie umiejętności z zakresu; samoobsługi, dbałości o higienę i estetyczny wygląd, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z ludźmi, rozwiązywania problemów. Treningi służą poprawie efektywności działania w funkcjonowaniu społecznym.

Udział pielęgniarki w farmakoterapii

Leczenie kobiet z zaburzeniami depresyjnymi okresu klimakterium daje lepsze wyniki, jeśli jest rozpoczęte wcześniej. Leki podawane przez pielęgniarkę pacjentkom dają wiele objawów

ubocznych i powikłań, które powinna znać pielęgniarka pracująca na oddziale psychiatrycznym. Należy pamiętać o tym, iż nasza pacjentka w czasie zażywania leku musi być poddana ścisłej kontroli, gdyż chore przetrzymują często leki w jamie ustanej. Pielęgniarka musi wiedzieć i jednocześnie informować pacjentki, że leków tych między innymi nie można rozgryzać, ponieważ uszkadzają szkliwo zębowe; większość leków jest światłoczuła, to znaczy pod wpływem światła traci swoje właściwości lecznicze. W trakcie kuracji pacjentki nie powinny zatem przebywać na słońcu, ponieważ wrażliwość na słońce grozi poparzeniem skóry. Pielęgniarka informuje pacjentki przyjmujące leki, iż nie powinny pić alkoholu, prowadzić samochodu, zmieniać gwałtownie pozycji ciała z leżącej na stojącą lub siedzącą, gdyż może dojść do spadku ciśnienia tętniczego. Po podaniu leków należy obserwować pacjentkę, jaka wystąpiła reakcja na lek i czy nie występują w związku z tym objawy uboczne. Należy dokonywać częstych pomiarów RR i tętna w ciągu dnia i obserwować kończyny dolne w kierunku zapalenia żył i zatorów. Równie ważnym elementem jest dbanie przez pielęgniarkę o częste pojenie chorych, ponieważ u tych pacjentek występuje suchość błon śluzowych jamy ustnej. Pacjentki często zgłaszają zaparcia, dlatego konieczne jest sprawowanie kontroli nad odpowiednią dietą bogatą w owoce i warzywa oraz zwiększenie podaży płynów. Pielęgniarka oprócz podawania leków psychotropowych włącza także terapię hormonalną, jeśli taka jest zapisana przez lekarza. Polega ona na przyjmowaniu dawki kombinacji estrogenów i gestagenów, a ich działanie ma zapobiegać naturalnemu starzeniu się organizmu oraz spowodować ustąpienie zaburzeń nastroju, bowiem jest ona skuteczna przy likwidacji uderzeń gorąca i suchości pochwy. Pielęgniarka uświadamia pacjentkom, że podawanie estrogenów w okresie menopauzy przyczyni się również do lepszego funkcjonowania psychiki i poprawi jakość życia.

Edukacja rodzin pacjentek z zaburzeniami depresyjnymi w okresie klimakterium

Edukacja rodziny jest równie ważna jak edukacja zdrowotna pacjentek. Rodzina pacjentek z chorobą depresyjną potrzebuje pomocy z zakresu rzetelnej informacji na temat choroby, psychicznego wsparcia, pomocy socjalno-prawnej.

Pielęgniarka powinna poinformować rodzinę pacjentki o objawach rozwijającej się depresji, rodzących się myślach samobójczych, konieczności przestrzegania zasad przyjmowania leków, sposobach spędzania czasu wolnego. To wszystko poprawi sytuację zdrowotną chorych i zmniejszy dyskomfort otoczenia.

Jest bardzo ważne, aby krewni ze zrozumieniem uczestniczyli w terapii depresji. Problem choroby dotyczy również ich, oni także cierpią. Rodzina może nie rozpoznawać właściwie zaburzeń depresyjnych. Bliskim pacjentki ukazuje się ona jako uciążliwe lenistwo lub lęk przed pracą, ponieważ nie zdają sobie sprawy, że pierwotną przyczyną takiego zachowania jest stan psychiki. Często rodzina jest również przerażona wypowiedzianymi przez chore pacjentki słowami. Jest bardzo ważne, aby krewni wiedzieli i rozumieli, że zaburzenia depresyjne nie są kaprysem ani fantazją dotkniętych nią ludzi, lecz prawdziwą, groźną chorobą. Pielęgniarka powinna poinformować rodzinę, że nie należy ignorować wypowiedzianych przez kobietę myśli o beznadziejności życia itp.

W związku z tym pielęgniarka pomagająca rodzinie powinna:

- organizować spotkania pacjentki z rodziną w trakcie terapii, aby członkowie rodziny mogli dać wyraz swoim obawom, lękom, niepokojom i innym uczuciom występującym w rodzinie w znacznym nasileniu, zwłaszcza w pierwszym okresie po zidentyfikowaniu choroby. Spokojne, akceptujące i empatyczne wysłuchanie przeżyć członków rodziny może przynieść nie tylko doraźną ulgę, ale do takiego stopnia zredukować poziom chaosu i napięcia, aby stworzyć warunki niezbędne do dalszej współpracy;
- udzielać wsparcia emocjonalnego przez redukcję poczucia winy;
- przekazywać podstawowe informacje na temat choroby i stosowanych lub przewidywanych metod leczenia.

Pielęgniarka powinna również uzgodnić z rodziną chorego:

- plan postępowania dotyczący: leczenia farmakologicznego, trybu życia,
- plan postępowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia.

Kontakt z rodziną należy nawiązać równocześnie z przyjęciem chorej do szpitala, ponieważ rodzina jako jej naturalne środowisko jest wiarygodnym źródłem informacji o niej samej. Ponadto osoby bliskie pacjentki będą kontynuować opiekę nad pacjentką po wyjściu ze szpitala.

Podsumowanie

Zaburzenia depresyjne, niezależnie od przyczyn są chorobą podstępą i niebezpieczną, wymagają bezwzględnego leczenia. Powodują znaczne cierpienie chorej, na długi czas mogą wyłączyć ją z normalnego funkcjonowania i pełnienia ról życiowych, a w skrajnych przypadkach mogą doprowadzić nawet do śmierci. Dlatego każdy, nawet najmniejszy sygnał wysyłany przez osobę cierpiącą na tego rodzaju schorzenie nie może być zlekceważony. Prawidłowo zaplanowane pielęgnowanie w procesie leczenia zaburzeń depresyjnych w okresie klimakterium i zaburzeń klimakterycznych ma za zadanie, w jak największym stopniu wspomóc inne formy terapeutyczne stosowane w leczeniu tego rodzaju zaburzeń. Pielęgniarka ma najczęstszy kontakt z pacjentką na oddziale i w dużej mierze powodzenie leczenia zależy od jakości jej pracy.

Wnioski

Wnioski istotne dla sposobu opieki nad chorymi z zaburzeniami depresyjnymi możemy określić w następujących punktach:

1. Należy wykazać dużą umiejętność słuchania (poznania problemów chorego).
2. Należy, w miarę możliwości, jak najtrafniej interpretować treści odbieranych informacji.
3. Opieka nad osobą chorą depresyjnie wymaga szczególnych umiejętności, cech osobowości, dużej wiedzy teoretycznej i praktycznej, aby wykorzystać to w kontakcie z chorym psychicznie.
4. Udzielenie pomocy, opieki, zapewnienie bezpieczeństwa, poufności, troska o minimalizację cierpienia oraz pomoc w psychoterapii są nieodzownymi czynnikami warunkującymi profesjonalne czynności zawodowe i powodzenie w leczeniu takich schorzeń.

ANNA KACZMARSKA

Nadzór nad uciążliwościami pracy na wybranych stanowiskach pracy w Kuźni Jawor (z punktu widzenia pielęgniarki)

Promotor: Doc. dr Adam Klar

Każda praca stawia przed pracownikiem określone wymagania. Dotyczą one zarówno oczekiwanych rezultatów, jak i możliwości psychofizycznych człowieka. Każda bowiem praca niesie ze sobą określone obciążenie dla organizmu ludzkiego, wynikające z samej istoty oraz z warunków i czasu jej świadczenia.

Z tego względu, aby właściwie ocenić jego wysiłek psychofizyczny związany z pokonywaniem uciążliwości, jakie pracownikowi stwarza sama praca i czynniki jej towarzyszące, w tej pracy przyjmuje się trzy podstawowe komponenty obciążenia organizmu człowieka w związku z wykonywaniem przez niego pracy, a mianowicie:

- samą pracę,
- warunki jej wykonywania
- czas jej świadczenia.

Każda praca, bez względu na treść i formę, wpływa zawsze w określonym stopniu obciążająco na organizm. Wynika to po prostu z samej jej istoty, jako że jest ona funkcją ludzkiego organizmu i jako taka jest organicznie związana z zużywaniem się jego energii fizycznej i umysłowej. Warunki pracy określają sytuację pracownika w procesie pracy i życia w danym zakładzie. W zależności od ich układu pracujący człowiek różnie odczuwa obciążenie pracą. Na te warunki składają się różne czynniki środowiska, które zazwyczaj ujmuje się w dwie grupy:

1. czynniki środowiska społecznego,
2. czynniki środowiska materialnego.

Ustawa o Służbie Medycyny Pracy z dnia 27 czerwca 1997 roku ma na celu ochronę zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków związanych ze środowiskiem pracy i sposobem jej wykonywania, a także określenie zasad sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Zadania służby medycyny pracy wykonują: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby. Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są jednostki podstawowe (do których zalicza się zakłady opieki zdrowotnej tworzone i utrzymywane w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi; jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej wydzielone w celu realizacji profilaktycznej

opieki zdrowotnej nad pracującymi; lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujących zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Osoby realizujące zadania służby medycyny pracy przy wykonaniu czynności zawodowych są niezależne od pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli oraz innych podmiotów, na których zlecenie realizują zadania medycyny pracy.

Medycyna pracy jako dyscyplina medyczna musi najwcześniej i najszybciej reagować na zmieniające się warunki ekonomiczne i społeczne.

Dla potrzeb opieki profilaktycznej pracowników zatrudnionych w Kuźni Jawor opracowałam program, którym objęci zostali pracownicy Kuźni Jawor. Zostali oni zakwalifikowani ze względu na ciężką pracę fizyczną, duży wydatek energetyczny i warunki szkodliwe występujące na wybranych stanowiskach.

Pracownicy ci objęci są następującymi programami:

- 1) Obturacyjna choroba płuc (spirometria, rtg klatki piersiowej).
- 2) Choroby układu krążenia (pomiar ciśnienia tętniczego, oznaczenie wskaźników cholesterolu).

Pracowników, u których stwierdzono jakiegokolwiek nieprawidłowości skierowano na badania lekarskie, poszerzono wachlarz badań, jeżeli było to konieczne, oraz objęto dyspanseryzacją. Są oni częściej wzywani na kontrolne badania; przyjęty okres to sześć miesięcy.

W tym kontekście warto przytoczyć plan pracy pielęgniarki medycyny pracy (tabela 1):

Tabela 1. Plan pracy pielęgniarki medycyny pracy.

Lp.	Treść zadania	Sposób realizacji	Termin realizacji
1.	Nadzorowanie warunków pracy	<ul style="list-style-type: none"> • rozpoznanie warunków higienicznych środowiska pracy, • kontrola stosowanych środków ochrony indywidualnej, • współpraca z psychologiem, • współpraca z inspektorem BHP, • współpraca z sanepidem, • współpraca z SIP-em, • współpraca z pracodawcą, • współpraca ze związkami zawodowymi 	Cały rok
2.	Szkolenie i promowanie zdrowia pracujących	<ul style="list-style-type: none"> • szkolenie pracowników z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy współpracy pracownika BHP, • realizacja programów promocji zdrowia 	Cały rok Kwiecień Wrzesień
3.	Opieka nad zdrowiem pracujących	<ul style="list-style-type: none"> • koordynacja badań profilaktycznych pracowników, • wykonywanie badań przed lekarskich, • zbieranie informacji o stanie zdrowia pracujących. 	Cały rok

Źródło: opracowanie własne na podstawie regulaminu organizacyjnego.

Każda praca powoduje fizyczne i psychiczne obciążenie organizmu, przy czym wielkość tych obciążeń zależy od udziału wysiłku fizycznego oraz psychicznego wydatkowanego przez człowieka w trakcie wykonywanej pracy.

Wyniki przeprowadzonych badań w Kuźni Jawor S.A. oraz uciążliwości pracy w gniazdach kuźniczych

Poniżej przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w gniazdach kuźniczych. Badaniem objęto wytypowane przez zakład gniazda kucia matrycowego.

Pomiary czasu pracy i struktury dnia roboczego

W celu obliczenia obciążenia fizycznego pracą a zwłaszcza obliczenia wydatku energetycznego (obciążenia dynamicznego) przeprowadzono pomiary czasu pracy i chronometraż czynności w wytypowanych gniazdach kuźniczych. Wykonane zostały fotografie dnia roboczego (metodą ciągłą) przez pełne zmiany robocze. Obserwacje przeprowadzono podczas I, II, III zmiany roboczej.

Fotografie dnia roboczego wraz z chronometrażami i opisami czynności oraz szkicami gniazd kuźniczych przekazano kadrze BHP w zakładzie pracy. Pozostawiono także pełną dokumentację technologiczno-konstrukcyjną odkuwek, które były kute podczas prowadzonych obserwacji. Zdaniem pracowników kuźni są to pozycje najcięższe.

Obliczenie wydatku energetycznego

Wydatek obliczono w kaloriach oraz dżulach. W oparciu o zebrany materiał można w przybliżeniu ocenić przeciętny wysiłek fizyczny badanych pracowników, lecz bez uwzględnienia zmiany roboczej.

Tabela 3. Przepiętny wysiłek fizyczny pracowników bez uwzględniania zmiany roboczej

Stanowisko pracy	Praca ciężka i bardzo ciężka			Praca średnia			Praca lekka			Przerwa			Sumaryczny wydatek energetyczny kcal/kJ
	Ilość minut	% zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	% zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	% zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	% zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nagrzewacz I	285	59	1881	10	2	46	65	14	202	120	25	36	2165 (9093)
Nagrzewacz II	190	40	1254	100	21	460	65	14	202	125	25	38	1954 (8207)
Kowal I	295	61	1947	65	14	299	10	2	31	110	23	33	2310 (9702)
Kowal II	295	61	1947	35	7	161	40	9	124	110	23	33	2265 (9513)
Kowal III x/	180	38	1188	40	8	184	30	6	93	230	48	69	1534 (6443)
Kowal IV x/	120	25	792	60	13	276	30	6	93	270	56	81	1242 (5216)

Źródło: Opracowanie własne.

Legenda: x/ kowal III i IV pracują przemiennie w systemie rotacyjnym

Obciążenie pracą dynamiczną w gnieździe młota MPM-10.000, obliczone metodą chronometrażowo-tabelaryczną na podstawie fotografii dnia roboczego przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Obciążenie pracą dynamiczną w gnieździe młota MPM-10.000

Stanowisko pracy	Praca ciężka i bardzo ciężka			Praca średnia			Praca lekka			przerwa			Sumaryczny wydatek energetyczny kcal/kj
	Ilość minut	%zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	%zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	%zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	Ilość minut	%zmiany roboczej	Wydatek energetyczny	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nagrzewacz	41	9	271	304	63	1398	38	8	118	97	20	29	1816 (7627)
koval	331	69	2185	30	6	138	29	6	90	90	19	27	2440 (10248)
okrawacz	120	25	792	240	50	1104	25	5	78	95	20	29	2003 (8413)

Źródło: Opracowanie własne.

Obciążenie wysiłkiem statycznym i monotypowością ruchów na stanowiskach pracy w wybranych gniazdach kuźniczych przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Obciążenie wysiłkiem statycznym i monotypowością ruchów

Gniazdo kuźnicze Masa przerobionego wsadu Wykonane normy	Stanowisko pracy	Stopień wysiłku statycznego		Stopień uciążliwości pracy w wyniku monotypowości ruchów	
		W punktach	słownie	W punktach	Słownie
Młot MPM 1600B 13965 kg 228%	Nagrzewacz I	50	Średni	45	Średni
	Nagrzewacz II	41	Średni	31	Średni
	Kowal I	86	Duży	60	Średni
	Kowal II	81	Duży	50	Średni
	Kowal III i IVx/	po 45	średni	po 30	Mały
Młot MPM 10000 B 5934 kg 120%	Nagrzewacz	45	Średni	31	Średni
	Kowal	78	Duży	45	Średni
	okrawacz	73	duży	40	Średni
Prasa Maxi 2500 10.243 kg 219%	Nagrzewacz	38	Średni	40	Średni
	Walcownik	po 45	Średni	po 30	Mały
	Kowal II	71	Duży	50	Średni
	Kowal I	80	Duży	55	Średni
	Okrawacz I	80	Duży	55	Średni
	Okrawacz II	75	Duży	50	Średni
Kuźniarka 5"	Kowal	90	Duży	35	Średni

Gniazdo kuziennicze Masa przerobionego wsadu Wykonane normy	Stanowisko pracy	Stopień wysiłku statycznego		Stopień uciążliwości pracy w wyniku monotypowości ruchów	
		W punktach	słownie	W punktach	Słownie
3,757 kg 162%	nagrzewacz	50	Średni	40	Średni
Gniazdo gięcia Zębów GKU-2-28 1,185 kg 208%	Nagrzewacz hartownik	71 71	Duży Duży	61 61	Duży Duży
Prasa Maxi 1800 7,470 kg 188%	Nagrzewacz Walcownik Kowal Okrawacz I Okrawacz II	31 88 85 75 71	Średni Duży Duży Duży Duży	61 80 75 71 68	Duży Duży Duży Duży Duży
Młot MPM 6300 B 3,397 kg 146%	Nagrzewacz Kowal Okrawacz	41 74 71	Średni Duży Duży	33 48 42	Średni Średni średni

Źródło: Opracowanie własne.

Legenda: :x/ kowal III i IV oraz walcownicy pracują na przemian (system rotacyjny).

W tabelach 6, 7 i 8 przedstawiono wyniki obliczeń wydatku energetycznego wyliczonego w oparciu o indywidualne fotografie dnia roboczego.

Na podstawie sporządzonych obserwacji i przeprowadzonych obliczeń dokonano próby uszeregowania badanych stanowisk pracy wg największego obciążenia wysiłkiem dynamicznym. Wysiłek dynamiczny podczas pracy na badanych stanowiskach jest bardzo duży i wynosi powyżej 200 kcal (83800kJ) lub duży (1500-2000 kcal).

Tabela 6. Ocena wydatku energetycznego przy pracy fizycznej

Wydatek energetyczny podczas 8 godzin pracy (w kcal)	ocena	
	Słowna	Punktowa
Poniżej 300	Bardzo mały	0
300-800	Mały	1-25
800-1500	Średni	26-50
1500-2000	Duży	51-75
powyżej 2000	Bardzo duży	76-100

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 7. Ocena stopnia ciężkości pracy

Stopień ciężkości pracy	Wydatek energetyczny	
	Kcal/godz.	W
Bardzo lekka	Poniżej 100	Poniżej 117
Lekka	100-200	117-233
Umiarkowanie średnia	200-300	233-350
Ciężka	300-400	350-467
Bardzo ciężka	powyżej 400	powyżej 467

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 8. Zmiany parametrów fizjologicznych po obciążeniu dynamiczną pracą fizyczną

Stopień ciężkości pracy	Wysokość wydatku Energetycznego kcal		Parametry fizjologiczne						Ciepłota Skóry
	Brutto na minutę	Netto na 8 godzin pracy	Oddychanie				Krażenie Ciśnienie		
			Częstość oddechów	Wentylacja płuc	Zużycie tlenu	Częstość tętna	skurczowe	rozkurczowe	
Bardzo lekka	2,5	300	20	8-10	0,5	Do 75	N	N	37,5
Lekka	2,5-5,5	300-800	20-25	10-20	0,5-1,0	75-100	N	N	37,5
Średnia	5,0-7,5	800-1500	25-30	20-30	1,0-1,5	100-125	N +20	N	37,5-38,0
Ciężka	7,5-10,0	1500-2000	30-35	30-50	1,5-2,0	125-150	180	N +20	38,0-38,5
Bardzo Ciężka	10,0-12,5	2000-3000	35-40	50-65	2,0-2,5	150-175	180-200	N +40	38,5-39,0
Krańcowo ciężka	12,5	3000	40	65	2,5	Ponad 175	200	N +40	39,0

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza rozłożenia obciążeń wysiłkiem fizycznym podczas zmiany roboczej poszczególnych pracowników badanych gniazd wskazuje na to, że po okresach ciężkiej pracy następują przerwy wypoczynkowe (nawet do 26% dnia roboczego – nie uwzględniając pracowników pracujących na przemian w systemie rotacyjnym) lub lżejsza praca, co dosyć skutecznie zapobiega zbyt szybkiemu narastaniu zmęczenia. Należy podkreślić, że zgodnie ze stanowiskiem fizjologii pracy, im większe jest obciążenie wysiłkiem fizycznym w czasie pracy, tym częstsze są przerwy wypoczynkowe i to niezależnie od obowiązującego regulaminu pracy.

Można stwierdzić, że praca na badanych stanowiskach przebiegała w większości przypadków z bardzo dużym wysiłkiem dynamicznym.

Ocena wysiłku statycznego i monotypowości ruchów

Wysiłek statyczny podczas procesu kucia występuje na przemian z pracą dynamiczną, co łagodzi jego uciążliwość. Jednak w odniesieniu do kowali wysiłek ten – związany z przenoszeniem na matryce, utrzymywaniem w równowadze i manewrowaniu odkuwką o znacznej wadze trzymanymi w ręku długimi, ciężkimi kleszczami – jest znaczny. Dodatkowym obciążeniem jest niemożność zmiany pozycji stojącej na siedzącą, a zwłaszcza fakt (w odniesieniu do kowali młotowych, ale po części również pras) długotrwałego statycznego obciążenia mięśniowego jednej nogi, na której spoczywa cały ciężar ciała, podczas gdy druga noga naciska pedał uruchamiający młot w seryjne uderzenia. Jest to obciążenie statyczne narzucone kowalowi konstrukcją młota poważnie przyczyniające się do ogólnego obciążenia statycz-

nego. Wysiłek statyczny jest również bardzo wysoki przy czynności załadowania pieców. Czynność ta wykonywana jest w pozycji stojącej. Stanowi ona jednak maksymalnie 12% ogólnego czasu pracy nagrzewacza.

Wyniki obliczeń obciążenia wysiłkiem statycznym i monotypowością ruchów na badanych stanowiskach pracy przedstawiono w tabeli 9. Zmienia się on w granicach od 31 punktów (dolna granica średniego wysiłku statycznego) do 90 punktów (bardzo duży wysiłek statyczny).

W tabelicy 9 zestawiono oceny sumarycznego wysiłku fizycznego na badanych stanowiskach pracy. Uwzględnia on obciążenie pracą dynamiczną, pracą statyczną oraz monotypowością ruchów.

Oceniono w punktach wydatek energetyczny (praca dynamiczna), jako sumę wszystkich elementów składowych oraz określono słownie ogólny stopień wysiłku fizycznego.

**Tabela 9. Sumaryczna ocena wysiłku fizycznego w wybranych gniazdach kuźniczych
Kuźni Jawor S.A**

Gniazdo kuźnicze	Stanowisko pracy	Wydatek energetyczny			Wysiłek statyczny Ilość punktów	Monotypowość ruchów Ilość punktów	Stopień wysiłku fizycznego	
		W kcal	W kJ	Ilość punktów			w punktach	Ocena ogólna
Młot MPM 16000B	Nagrzewacz I	2165	9,093	84	50	45	179	Ciężki
	Nagrzewacz II	1954	8,207	73	41	31	145	Ciężki
	Kowal I	2310	9,702	92	86	60	238	b. ciężki
	Kowal II	2265	9,513	89	81	50	220	b. ciężki
	Kowal III x	1534	6,443	53	po 45	po 30	128	średni
	Kowal IV x	1242	5,216	42	po 45	po 30	117	średni
Młot MPM 10000B	Nagrzewacz	1816	7,627	67	45	31	143	Ciężki
	Kowal	2440	10,248	98	78	45	221	b. ciężki
	Okrawacz	2003	8,413	76	73	40	189	ciężki
Prasa Maxi 2500	Nagrzewacz	1622	6,812	57	38	40	135	Ciężki
	Walcownik x	1853	7,783	69	po 45	po 30	144	Ciężki
	Kowal II	2208	9,274	86	71	50	207	b. ciężki
	Kowal I	2348	9,862	93	80	55	228	b. ciężki
	Okrawacz I	2165	9,093	84	80	55	219	b. ciężki
	Okrawacz II	2117	8,891	82	75	50	207	b. ciężki
Kuźniarka 5''	Kowal	3209	13,478	136	90	35	261	b. ciężki
	Nagrzewacz	1987	8,345	75	50	40	165	ciężki
Gniazdo gięcia zębów GKU-2-28	Nagrzewacz	2525	10,605	102	71	61	234	b. ciężki
	hartownik	2619	10,999	107	71	61	239	b. ciężki
Prasa Maxi	Nagrzewacz	1575	6,615	55	31	61	147	Ciężki
	Walcownik							

Gniazdo kuziennicze	Stanowisko pracy	Wydatek energetyczny			Wysiłek statyczny Ilość punktów	Monotopowość ruchów Ilość punktów	Stopień wysiłku fizycznego	
		W kcal	W kJ	Ilość punktów			w punktach	Ocena ogólna
1800	Kowal	2921	12,268	122	88	80	290	b. ciężki
	Okrawacz I	2467	10,361	99	85	75	259	b. ciężki
	Okrawacz II	2407	10,109	96	75	71	242	b. ciężki
		2347	9,857	93	71	68	232	b. ciężki
Młot	Nagrzewacz	1954	8,207	73	41	33	147	Ciężki
MPM	Kowal	2553	10,723	104	74	48	226	b. ciężki
6300B	Okrawacz	2025	8,505	77	71	42	190	ciężki

Źródło: Opracowanie własne.

Legenda: x/ Kowal III i IV oraz walcownicy pracują na przemian (w systemie rotacyjnym).

Jak wynika z analizy, ogólna ocena łączna obciążenia fizycznego przemawia za tym, że w 58% przypadków praca na badanych stanowiskach przebiega z obciążeniem określonym jako bardzo ciężki (191-300 punktów). Z tego w trzech przypadkach praca przebiega z obciążeniem, które należy uznać za skrajnie ciężkie (powyżej 245 punktów). Natomiast w pozostałych przypadkach (z wyjątkiem stanowisk rotacyjnych), praca przebiega z obciążeniem określonym jako ciężki (121 do 190 punktów). Jeszcze raz należy jednak zaznaczyć, że do obserwacji wybrano odkuwki należące do pozycji najbardziej uciążliwych. Natomiast bardzo wysokie „wyrabianie norm” podyktowane było sprzyjającym okresem klimatycznym (luty, marzec).

Tabela 10 przedstawia wykaz stanowisk, na których praca przebiega z obciążeniem określonym jako bardzo ciężkie. Wykaz jest usystematyzowany, rozpoczynając od stanowiska o największym obciążeniu.

Tabela 10. Wykaz stanowisk w wybranych gniazdach kuzienniczych, na których praca przebiega z bardzo ciężkim obciążeniem fizycznym

Stanowisko pracy	Gniazdo kuziennicze	Nazwa odkuwki i numer rysunku	% wykonywania norm	Masa przerebionego wsadu w kg	Stopień wysiłku fizycznego w punktach	Wydatek energetyczny	
						Rzeczywisty wg wykonania norm jak w rubryce 5	Szacunkowy przy założonym wykonawstwie norm na poziomie 100%
2	3	4	5	6	7	8	9
Walcownik	Prasa Maxi 1800	Ogniwo 606-202-06/08	188	7,470	290	2,921	1,787
Kowal	Kuźniarka 5”	Sworzeń wiatrowy 729-4.4.1.4-0	162	3,757	261	3,209	2,278

Stanowisko pracy	Gniazdo kuziennicze	Nazwa od-kuwki i numer rysunku	% wyko-nywa-nia norm	Masa przero-bionego wsadu w kg	Stopień wysiłku fizycz-nego w punktach	Wydatek energetyczny	
						Rzeczywi-sty wg wykona-nia norm jak w rubryce 5	Szacun-kowy przy założo-nym wyko-nawstwie norm na poziome 100%
2	3	4	5	6	7	8	9
Kowal	Prasa Maxi 1800	Ogniwo 606-202-06/08	188	7,470	259	2,467	1,509
Hartownik	Gniazdo gięcia zębów	Ząb główny GKU2-28/1	208	1,185	239	2,619	1,448
Kowal I	Młot MPM 16000B	Koło zębate F	228	13,965	238	2,310	1,165
Nagrzewacz	Gniazdo gięcia zębów	Ząb główny GKU -28/1	208	1,185	234	2,525	1,396
Okrawacz II	Prasa Maxi 2500	Ogniwo 606-202-06/08	188	7,470	232	2,347	1,435
Kowal I	Prasa Maxi 6300B	Czop zwrotnicy	219	10,243	228	2,348	1,233
Kowal	Młot MPM 6300B	Widłak przegubu I SKR.-4-1	146	3,397	226	2,553	2,011
Kowal	Młot MPM 10000B	Końcówka zwrotnicy	120	5,934	221	2,440	2,338
Kowal II	Młot MPM 16000B	Koło zębate F	228	13,965	220	2,265	1,142
Okrawacz I	Prasa Maxi 2500	Czop zwrotnicy	219	10,243	219	2,165	1,137
Kowal II	Prasa Maxi 2500	Czop zwrotnicy	219	10,243	207	2,208	1,159
Okrawacz II	Prasa Maxi 2500	Czop zwrotnicy	219	10,243	207	2,117	1,112

Źródło: Opracowanie własne.

W tych ocenach nie można nie brać pod uwagę wpływu takich czynników organizacyjno technicznych, jak:

- masa wsadu,
- procent wykonania norm,
- technologię kucia i okrawania oraz nagrzewu wkładu,
- stopień zmechanizowania czynności i zabiegów,
- tempo produkcji i jej arytmiczność w ciągu zmiany roboczej,
- kwalifikacje pracowników rutyna zawodowa na stanowisku.

Na podstawie analizy uzyskanych danych oraz poczynionych obserwacji stwierdzić można, że wysiłek fizyczny obserwowanych pracowników jest stosunkowo równomiernie rozłożony

podczas całej zmiany roboczej. Przeplatanie okresów o ciężkim wysiłku podczas pracy bezpośrednio produkcyjnej okresami średniego lekkiego wysiłku na wykonanie prac pośrednio produkcyjnych, pomocniczych, względnie przerwami, sprawia, że proces zmęczenia rozwija się stosunkowo powoli.

Wydatek energetyczny jest najważniejszym kryterium oceniającym obciążenie fizyczne. Dlatego w tabelicy 10 zestawiono rzeczywisty wydatek energetyczny na stanowiskach o największym obciążeniu fizycznym, gdzie praca przebiegała na poziomie wykonania norm wg rubryki 5. Natomiast w rubryce 9 zamieszczono wyliczony w sposób szacunkowy wydatek energetyczny przy założonym wykonawstwie norm na poziomie 100%.

Obliczenia przeprowadzono w oparciu o wzór:

$$W_t = \frac{W_{rz} * 100\%}{N} + k,$$

gdzie:

W_t – wydatek energetyczny (teoretyczny) dla pracy wykonywanej zgodnie z obliczonymi normami – dla $N = 100\%$,

N – wykonanie norm w %,

W_{rz} – wydatek energetyczny (rzeczywisty) obliczony dla pracy wykonanej na poziomie N ,

k – współczynnik zwiększonego udziału przerw w pracy i prac lekkich, przyjmujący wartość w granicach od 0,10 do 0,20 (przyjęto: $k = 0,15$).

Powyżej omówiono obliczenia, których wyniki przedstawiono w rubryce 9, sprawdzenie prawidłowości dostosowania norm czasowych – narzuconych procesem technologicznym – do możliwości energetycznych (biologicznych) zatrudnionych pracowników. Stwierdzić należy, że w większości przypadków, normy opracowane są w sposób prawidłowy.

Jedynie dla dwóch przypadków, tj. dla kucia sworznia wiatrowego na kuźniarce 5” oraz dla końcówki zwrotnicy kutej na młocie MPM 10000B normy są „zbyt napięte”. Bowiem przy kuciu tych odkuwek na założonym poziomie 100% wykonawstwa norm, kowale muszą wydatkować energię znacznie przekraczającą granicę 2000 kcal/zmianę.

Przy takim podejściu do zagadnienia obciążenia fizycznego na stanowiskach roboczych, poważnym problemem staje się spraw zintensyfikowania produkcji w gniazdach kuzienniczych bez naruszania „rezew ludzkich”. Istnieją bowiem zbyt duże różnice pomiędzy zdolnościami produkcyjnymi stanowisk (maszyn i urządzeń), a możliwościami wydatkowania energii i obciążeniem fizycznym, zatrudnionych pracowników. Idealnym wyjściem z takiej sytuacji byłaby rotacja stanowisk roboczych i praca zwiększonymi obsadami z zastosowaniem harmonogramów wzorcowych obsługi gniazd kuzienniczych. Wymaga to zwiększenia zatrudnienia w grupie pracowników wykwalifikowanych. Jednak stawianie obecnie oraz w najbliższej przyszłości takiego wniosku jest po prostu nierealne. Dlatego w miarę możliwości należy znajdować inne, realne do przyjęcia rozwiązania.

Ocena obciążenia psychicznego

Ocenę obciążenia psychicznego pracowników wytypowanych gniazd kuźniczych przedstawiono także w tabeli 11.

Tabela 11. Obciążenie psychiczne pracowników w wytypowanych gniazdach kuźniczych

Gniazdo kuźnicze	Punktacja i ocena wysiłku psychicznego	Etap pracy			Łączna ocena wysiłku psychicznego 3+4+5	Monotonia pracy
		Odbiór informacji	Podjęcie decyzji	Wykonywanie czynności na stanowiskach		
1	2	3	4	5	6	7
Młot MPM 16000B	Słowna	Małe	Małe	Średnie	Bardzo duże	Średnia
	Punktowa	25	20	32	77	35
Młot MPM 10000B	Słowna	Małe	Małe	Małe	Średnie	Średnia
	Punktowa	15	10	15	40	26
Prasa Maxi 2500	Słowna	Średnie	Małe	Małe	Duże	Średnie
	Punktowa	26	13	20	59	45
Kuźniarka 5''	Słowna	Małe	Małe	Małe	Średnie	Mała
	Punktowa	20	15	15	50	24
Gniazdo gięcia zębów GKU-2-28	Słowna	Małe	Małe	Małe	Duże	Średnia
	Punktowa	25	20	10	55	40
Prasa maxi 1800	Słowna	Małe	Małe	Małe	Średnie	Duża
	Punktowa	25	11	14	50	55
Młot MPM 6300B	Słowna	Małe	Małe	Małe	Średnie	Średnia
	Punktowa	20	15	12	47	30

Źródło: Opracowanie własne.

Ocenę przeprowadzono w oparciu o fotografie dnia roboczego i chronometrażę czynności, według metodyki badawczej omówionej w punkcie 2.2 niniejszej pracy. Oceniając obciążenie psychiczne w danym gnieździe kuźniczym rozpatrywano je głównie w odniesieniu do stanowisk podstawowych, tj. kowali. Podstawą oceny obciążenia psychicznego były bowiem czynności i przebieg dnia roboczego kowali. Przy ocenie uwzględniono dodatkowo takie czynniki, jak: tempo pracy oraz procent wykonania norm i czas przerw w pracy. Wyodrębniając poszczególne elementy składowe psychicznego procesu pracy stwierdzono, że odbiór informacji nie powoduje dużego obciążenia psychicznego: ilość, zmienność i ważność informacji jest absolutnie niewielka. Informacje stałe powtarzają się i są na ogół jednakowe. W zasadzie dokładność informacji dotyczy jedynie właściwego ułożenia odkuwki na matrycy oraz zastosowania odpowiedniej liczby uderzeń młota (prasy) w zależności od wyglądu, ewentualnie koloru odkuwki. Przy odbiorze informacji zaangażowany jest głównie analizator wzroku, mniej – słuchu i dotyku percepcyjnego. Podjęcie decyzji w związku z ich małą zmiennością i częstą powtarzalnością nie powoduje trudności. Większość decyzji jest pół zautomatyzowana na drodze powstania odruchów warunkowych.

Większy natomiast wysiłek psychiczny stwarza wykonywanie czynności, głównie wskutek niekorzystnych warunków pracy (wysoka temperatura i promieniowanie cieplne, hałas, drganie, zanieczyszczenie powietrza) oraz w przypadku kowali na młotach – nienaturalnej (z ciężarem ciała na jednej nodze) stojącej pozycji podczas pracy.

Dodatkowe obciążenie psychiczne spowodowane jest poczuciem zagrożenia podczas pracy z rozżarzoną odkuwką (możliwość odprysków), co zmusza do stałej koncentracji uwagi. Ponadto pracę kowali wskutek dość znacznego zautomatyzowania czynności można uznać za średnio monotonna, co przy dużych uciążliwościach środowiskowych i znacznym obciążeniu mięśniowym może przyspieszać zmęczenie.

Ogólne więc obciążenie psychiczne podczas pracy w kuźni można ocenić jako duże (średnie 54 punkty) – dokładniej zaś w pobliżu dolnej granicy obciążenia dużego. Decyduje o tym szereg czynników. Do najważniejszych zaliczyć trzeba: złożoność i dokładność oraz ważność wykonywanych czynności, stałe zagrożenie warunkami pracy, skutki ewentualnych błędów czy pomyłek.

Monotonię pracy można natomiast przyjąć za średnią dla stanowisk badawczych (36 punktów). Oczywiście zmienia się ona w granicach od 24 punktów (monotonia mała) do 55 (monotonia duża) w przypadku obsługi prasy Maxi 1800; z zastrzeżeniem jednak wykonawstwa norm na poziomie zbliżonym do stwierdzonego podczas badań, tzn. około 200%.

Badania częstości tętna na stanowiskach roboczych wytypowanych gniazd kuźniczych. Analiza krytyczna wyników badań częstości tętna

Dla zweryfikowania wyników obliczonych wydatków energetycznych oraz całkowitego obciążenia fizycznego postanowiono rozszerzyć pracę i dodatkowo przeprowadzić pomiary palpacyjne częstości tętna na stanowiskach roboczych. W tym celu posłużono się metodyką opracowaną przez fizjologa prof. Brouhe. Natężenie pracy można mierzyć między innymi drogą reakcji w układzie sercowo-naczyniowym. Wykonywanie w miejscu pracy pomiarów ciśnienia krwi nie jest praktyczne. Panujący hałas w kuźni przeszkadza przy dokładnym mierzeniu skurczowego a zwłaszcza rozkurczowego ciśnienia krwi. Z kolei pomiary objętości minutowej serca byłyby idealne, ale obecne metody tych pomiarów są niemożliwe do zastosowania w warunkach przemysłowych (zglębniowanie prawego przedsionka i nakłucie tętnicze).

Fizjolodzy udowodnili, że zmiany częstotliwości tętna wystarczająco dokładnie odzwierciedlają fizjologiczny stan ustroju w czasie czynności mięśni. Wskutek tego w badaniach fabrycznych oznaczenie zmian częstości skurczów serca na minutę zdaje się być najbardziej bezpośrednią, prostą, a często jedynie dostępną metodą oceny obciążenia organizmu podczas pracy.

Wobec bliskiej zależności objętości minutowej serca i zużycia tlenu w granicach występujących w wielu rodzajach pracy w przemyśle, częstość skurczów serca można wykorzystać do mierzenia obciążenia czynnością mięśniową, co uzyskuje się przy minimalnym zaburzeniu rytmu pracy w gniazdach kuźniczych. Metoda palpacyjnego mierzenia częstości tętna jest dostatecznie dokładna i w zasadzie zawodzi dopiero w przypadkach znacznego przyspieszenia tętna. Wówczas należałoby posłużyć się licznikami elektronicznymi lub telemetrycznym badaniem z użyciem aparatury telemetrycznej. Dzięki zmianom tętna w czasie odnowy po pracy u osobnika badanego można uzyskać cenne informacje o łącznym obciążeniu fizycznym, jakiemu

pracownik podlega w czasie pracy. Badania polegają na mierzeniu tętna w regularnych odstępach czasu w okresie odnowy, kiedy badany siedzi, względnie stoi spokojnie. Tętno mierzy się w czasie od 30 sekund do 1 minuty, ponownie 1,5 do 2 minut oraz 2,5 do 3 minuty po zaprzestaniu pracy. Z uzyskanych danych wykreśla się „krzywą czynności serca w czasie odnowy”, która wskazuje poziom częstości skurczów serca na minutę i szybkość jego powrotu do poziomu spoczynkowego.

Ponadto mierzono temperaturę w jamie ustnej, której odczyt następował po ostatnim pomiarze tętna. Wyniki zestawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Odczyt częstości tętna

Wydział gniazdo kuźnicze	Nazwa odkuwki Nr od- kuwki Masa wsadu	Stanowisko pracy %wykonania norm masa prze- robionego wsadu	Nazwisko imię pracow- nika wiek	Godzina pomiaru	Częstość tętna			Temperatura ciała
					1 min	2 min	3min	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
K-2 MPM 16000B	Koło zapad- kowe 2208/04- 00-011 14,5	Kowal I 220% 12,760	A 39 lat	8,35	92	88	84	36,7
				10,25	72	76	64	36,7
		12,15	84	80	80	36,7		
		13,55	88	72	76	36,8		
K-2 MPM 10000B	Cięgno 013/023 10,4	Kowal 140% 6,271 kg	C 27 lat	12,10	104	96	76	36,8
				13,45	96	84	76	36,8
		Nagrzewacz 140% 6,271	D 30 lat	12,10	88	92	80	36,5
				13,45	72	68	72	36,8
K-3 Prasa 2500	Kołnierz 33 Q65/76- 710/015 DIN 2633 4,75	Kowal I 168% 8,199 kg	E 36 lat	14,32	80	76	68	36,6
				Okrawacz I 168% 8,199 kg	F 50 lat	14,32	84	80
K-3 Kuźniarka 5''	Czop lewy 018/021 2,45 kg	Nagrzewacz 171% 2,486 kg	G 18 lat			8,45	100	100
				10,35	76	80	68	36,7
		12,25	112	100	92	36,6		
		14,00	92	84	84	36,8		
K-3 Kuźniarka 5''	Czop lewy 018/021 2,45 kg	Kowal 171% 2,486 kg	H 29 lat	8,45	76	88	92	36,8
				10,35	68	72	76	-
		12,25	120	100	92	36,7		
		14,00	88	84	80	36,6		

Źródło: Opracowanie własne.

Jeżeli powrót do poziomu spoczynkowego jest bardzo wolny, wskazuje to wyraźnie na fizjologiczne zmęczenie pracownika. Krzywe odnowy kwalifikuje się na: normalne, krzywe wskazujące na brak odnowy oraz krzywe odnowy odwrócone. Krzywą częstości tętna używa się jako wskaźnika obciążenia nakładowego na pracownika przez jego czynności oraz środowisko, w którym pracuje. Można wykryć początek i przebieg wzrastającego wysiłku doprowadzającego do zmęczenia oraz można stwierdzić pracę wykonywaną nakładem zbyt wielkiego wydatku fizjologicznego.

Dane przedstawione w tabeli 12 mogą pozwolić na dokonanie analizy krytycznej wyników badań częstości tętna.

W zachowaniu się tętna u badanych pracowników kuźni zwracają uwagę stosunkowo duże wahania jego częstości, charakteryzujące się zmiennymi przyspieszeniami. Zwraca uwagę fakt, że w miarę upływu czasu pracy w większości przypadków tym samym rodzajem wysiłku odpowiadają większe częstości tętna. Występują również w wielu przypadkach zjawiska braku odnowy. Oba te fakty świadczą o narastaniu zmęczenia. Z kolei dosyć liczne przypadki wystąpienia krzywych odnowy – odwróconych (wzrastanie częstości tętna po zaprzestaniu pracy) świadczy o znacznym udziale, czy wręcz przewadze wysiłku statycznego nad dynamicznym. Jest to związane z charakterem pracy oraz pozycją przy pracy, a także z koniecznością przemieszczania znacznych mas.

Do oceny wyników można posłużyć się tablicą „zmian parametrów fizjologicznych po obciążeniu dynamiczną pracą fizyczną” opracowaną przez Pałkę i Krasickiego. Opracowane przez nich schematy klasyfikacyjne zbliżone są do wartości podanych przez Christensona, Buskirka i innych autorów, opierających ocenę wydolności układu krążenia na badaniach częstości tętna – jako wskaźnika hemodynamicznego. Zaznaczyć jednak należy, że kryteria oceny stopnia ciężkości pracy na podstawie zmian parametrów fizjologicznych wg tablicy dotyczą pracy dynamicznej. W przypadku przewagi lub znacznego udziału pracy statycznej (m.in. praca na niektórych stanowiskach w gniazdach kuźniczych), większego znaczenia w ocenie stopnia ciężkości nabiera sama interpretacja „krzywych odnowy”, aniżeli bezwzględna wartości częstości tętna.

Porównując otrzymane wyniki badań bezwzględnej wartości częstości tętna z tabelą 12 należy stwierdzić, że praca na badanych stanowiskach pracy przebiegała w zdecydowanej większości przypadków w pobliżu górnej granicy lekkiego obciążenia fizycznego. W kilku przypadkach mieliśmy do czynienia z obciążeniem zaliczonym do średniego obciążenia fizycznego (częstość tętna w przedziale 100-125).

Nie stwierdzono przypadków bardzo ciężkiego obciążenia (częstość tętna 150-175 uderzeń/min) oraz krańcowo-ciężkiego obciążenia (częstość tętna ponad 175 uderzeń/min). Odczytane temperatury ciała budzą pewne wątpliwości pomimo użycia dobrych termometrów. Po prostu wydają się być w niektórych przypadkach nieco zaniżone. Zatem istnieje poważna rozbieżność pomiędzy oceną obciążenia fizycznego w oparciu o metodę tabelaryczno-chronometrażową i ocenę punktową, a metodą opartą na badaniu częstości tętna.

Różnice te można uzasadnić następująco:

1. Badania częstości tętna przeprowadzono w lutym (temperatura powietrza zewnętrznego ok. -5 °C), a więc w najbardziej korzystnym okresie dla mikroklimatu kuźni.

2. Badaniami częstości tętna objęto pracowników młodych. Na przebadanych 8 osób tylko jedna przekroczyła 40 rok życia. Z przeglądu wyników badań pirometrycznych przeprowadzonych wynika, że pracowników cechuje duża wydolność fizyczna (pułap tlenowy powyżej $4VO_2 \text{ max}$).

3. Badania częstości tętna oraz obserwacje dnia roboczego (fotografie indywidualne i chronometraż czynności) przeprowadzono na dwóch oddzielnych grupach pracowników, choć obsługujących te same gniazda kuźnicze. Nie objęcie tych samych grup pracowników obydwoma badaniami wynikało z przyczyn organizacyjnych: zmienowości pracy oraz rotacji stanowisk stosowanej w Kuźni Jawor.

4. Porównując dane zawarte w tablicach oraz dokumentację konstrukcyjno-technologiczną, stwierdzić należy, że podczas obu badań miano do czynienia z odmiennym asortymentem odkuwek. Rytm pracy gniazd kuźniczych i wykonawstwo norm było zbliżone. Różnice natomiast wystąpiły w ilości przemieszczanych mas. Podczas badań tętna niewiele wyższe masy przemieszczono w gnieździe młota MPM 10000B oraz w gnieździe gięcia zębów. Zaznaczyć trzeba, że to ostatnie gniazdo obsługiwały trzy osoby, podczas gdy w czasie przeprowadzania fotografii dnia roboczego gniazdo obsługiwały 2 osoby (technologia przewiduje takie warianty obsługi gniazda). W pozostałych przypadkach kuźniczych podczas fotografii dnia roboczego przemieszczono każdorazowo większe masy. Szczególnie łatwo prześledzić można wpływ przemieszczanych mas oraz sposobu pracy na zachowanie się tętna na przykładzie gniazda gięcia zębów. Stwierdzono stosunkowo wysokie wartości częstości tętna (w końcowych godzinach pracy), pomimo obsługiwania gniazda przez 3 osoby. Zasadnicze różnice wystąpiły natomiast w odniesieniu do masy poszczególnych odkuwek. W każdym przypadku poza zębem głównym (w gnieździe gięcia zębów) masy poszczególnych odkuwek były wyższe podczas prowadzonych obserwacji i wykonywania fotografii dnia roboczego. W niektórych przypadkach różnice były znaczne: np. w gnieździe młota MPM 16000B – 26,6 kg oraz 14,5; w gnieździe kuźniarki 5” – 8,5 kg oraz 2,45 kg w gnieździe młota MPM 6300B, - 5,1 kg oraz 3,15 kg lub 2,75 kg. Również same technologie kucia były „łatwiejsze” podczas badań tętna aniżeli podczas prowadzonych obserwacji dnia roboczego i chronometrażu czynności.

5. Znaczny udział wysiłku o charakterze statycznym, który nie wpływa na decydujące na wzrost częstości tętna.

6. Ewentualne błędy pomiarów (małe doświadczenie osób mierzących – praktykantki szkoły pielęgniarstwa oraz czas pomiaru – tętno mierzono przez 15 sekund, a wynik mnożono przez 4).

Na podstawie tego wszystkiego można powiedzieć, że dla uzyskania „pełniejszego obrazu” zachowania się tętna i krzywych odnowy podczas pracy oraz wnioskowania na tej podstawie odnośnie sumarycznego obciążenia fizycznego wykonywaną pracą i określenia stopnia jej ciężkości, należałoby powtórzyć badania częstości tętna na wytypowanych stanowiskach pracy w wybranych gniazdach kuźniczych. Badania takie należałoby wycinkowo przeprowadzić w okresie letnim przy możliwie wysokiej temperaturze zewnętrznej. Natomiast do odczytu temperatury ciała należałoby użyć termometrów „natychmiastowego odczytu”.

Propozycje zmian techniczno organizacyjnych

Przedstawione w pracy wyniki uzyskano na podstawie badań, które objęły tylko część pracowników część gniazd kuźniczych. Wydaje się jednak, że wnioski wypływające z nich można uogólnić i odnieść je do pozostałych pracowników kuźni.

Po pierwsze, w oparciu o sumę ocen wysiłku fizycznego, psychicznego oddziaływania i oddziaływania materialnego środowiska pracy, stwierdza się, że praca w wytypowanych gniazdach kuźniczych Kuźni Jawor należy do bardzo uciążliwych i została oceniona na 5 pkt. (wartość maksymalna w skali pięciopunktowej). Uciążliwość pracy pogłębia zagrożenie wypadkami związane z charakterem produkcji i stosowanymi urządzeniami technicznymi. Uciążliwość pracy, a zwłaszcza jej główna składowa, tj. obciążenie fizyczne wyraźnie rośnie wraz ze wzrostem: stopnia trudności odkuwek (wykonawczych), masą przerobionego wsadu i wykonawstwem norm (tempa pracy). Powyższą ocenę oparto na podstawie wyników badań przy zastosowaniu metod chronometrażowo-tabelarycznej uznanej w tym przypadku za bardziej wiarygodną od metody badań tętna.

Po drugie, ponieważ istnieją rozbieżności w ocenie obciążenia fizycznego pomiędzy metodą chronometrażowa-tabelaryczną, a wynikami badań tętna, należy przeprowadzić w okresie letnim (lipiec-sierpień) wycinkowe, powtórne badania częstości tętna i temperatury ciała na wytypowanych stanowiskach roboczych w gniazdach kuźniczych. Na tej podstawie można będzie zweryfikować ostateczne wyniki badań oraz wnioski dotyczące obciążenia fizycznego pracą przedstawione w niniejszym opracowaniu.

Na stanowiskach, na których praca przebiega z bardzo dużym obciążeniem fizycznym przy uwzględnieniu kutego asortymentu (uznanego obiektywnie za bardzo trudny technologicznie) oraz odpowiedniego poziomu wykonania norm (minimum powyżej 150%) i przerobionego wsadu, postuluje się wprowadzenie w okresie letnim (maj-wrzesień) dodatkowych przerw w pracy. O ewentualnym wprowadzeniu dodatkowych przerw zdecydować musiałyby wyniki wycinkowych badań częstości tętna, przeprowadzone latem. W tym celu należałoby wytypować odpowiedni asortyment odkuwek tzw. "trudnych" oraz sporządzić wykaz stanowisk objętych ewentualnymi dodatkowymi przerwami.

Po trzecie, długość dodatkowych przerw nie powinna przekraczać łącznie 60 minut na zmianę roboczą.

Po czwarte, w oparciu o wyniki badań przeprowadzonych przez Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej we Wrocławiu dokonać selekcji pracowników "KUŹNI" pod kątem ich przydatności do dalszej pracy w wydziałach kuźniczych. W tym celu należy na indywidualne karty badań profilaktycznych nanieść niektóre dane z tych badań. Szczególnie chodzi o wyniki badań pirometrycznych (określenie pułapu tlenowego) oraz audiometryczne (stwierdzenie ubytku słuchu).

Po piąte, do obsługi gniazd kuźniczych, szczególnie na stanowiska o bardzo dużym obciążeniu fizycznym (np. hartownik i nagrzewacz, kowale na młotach i kuźniarkach), należy kierować tylko pracowników dobrym ogólnym stanem zdrowia, a ponadto o dużej wydolności fizycznej (pułap tlenowy powyżej 3,9 l/min). Pozostałe stanowiska pracy w kuźni powinny być obsługiwane przez pracowników, których wydolność określona jest pułapem tlenowym na poziomie 3,0 l/min.

Po szóste, należy stopniowo wycofywać pracowników, którzy ukończyli 50 rok życia ze stanowisk, które wymagają dużej siły fizycznej i narażają na oddziaływanie wysokich temperatur. Dotyczy to praktycznie wszystkich gniazd kuźniczych, kuźniczych pierwszej jednak kolejności – gniazd młotowych. Nie może być jednak mowy o tym, aby pracownicy ci zupełnie nie nadawali się do pracy fizycznej w kuźni. Można ich zatrudnić np. w oddziale krajalni czy ewentualnie na innych pośrednio produkcyjnych wydziałach zakładu.

Po siódme, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych należy wyselekcjonować osoby z ubytkami słuchu powyżej 20%, które są szczególnie narażone na dalszy postępujący niedosłuch. W związku z tym należy z takich pracowników utworzyć grupy dyspanseryjne i wykonywać przynajmniej dwa razy w roku badania słuchu. U takich osób stwierdza się na ogół równocześnie zmiany kataralne trąbki uszno-gardłowej i ucha środkowego, które wymagają leczenia laryngologicznego. Zmiany te mogą bowiem pogłębiać szkodliwe działanie hałasu na narząd słuchu. Wobec tego należy te osoby otoczyć szczególną opieką laryngologiczną.

Po ósme, badania materialnego środowiska pracy w kuźniach wykazały znaczne przekroczenia dopuszczalnych norm i zaleceń dla poszczególnych czynników. Czynniki, które decydują o uciążliwości środowiska kuźni są zdaniem pracowników (w pełni potwierdzone przeprowadzonymi badaniami): promieniowanie ciepłe i wysoka temperatura otoczenia, zadymienie i zapylenie (wentylacja), hałas.

Korekty ergonomiczne powinny przede wszystkim zmierzać w kierunku ograniczenia uciążliwego oddziaływania tych trzech parametrów środowiskowych. Jednocześnie należy podkreślić znaczenie znacznie odbiegającego od normy innego parametru, a mianowicie prawidłowego oświetlenia miejsc pracy (światłem naturalnym – czyste szyby i świetliki hal; światłem sztucznym o prawidłowym ukierunkowaniu i natężeniu) oraz jego korzystny wpływ na samopoczucie pracowników i wydajność pracy.

Po dziewiąte, w celu ochrony pracowników przed szkodliwym oddziaływaniem hałasu należy dążyć do możliwie szybkiego wprowadzenia skutecznych indywidualnych ochron słuchu. Jest to przedsięwzięcie najtańsze i najskuteczniejsze w walce z ograniczeniem ujemnego wpływu hałasu na zdrowie pracowników kuźni.

Po dziesiąte, dla poprawy warunków mikroklimatycznych, a zwłaszcza zmniejszenia promieniowania ciepłego proponuje się ustawienie pomiędzy stanowiskami pracy ekranów wodnych. Proponuje się także na niektórych stanowiskach pracy wstawienie ruchomych aparatów nawiewowo-nawilżających w miejsca dotychczas stosowanych dmuchaw.

Po jedenaste, pracownicy kuźni (szczególnie nagrzewacze) powinni pracować w okularach pochłaniających część promieniowania z zakresu widma promieniowania podczerwonego (najlepiej okulary opuszczane z hełmu). Należy ponadto przeprowadzić okresowe badania narządu wzroku oraz poprawić system oświetlenia hali, eliminujący kontrast w oświetleniu stanowiska pracy i otoczenia. Z zagadnieniem oświetlenia wiąże się ściśle również kwestia właściwego doboru barw i kolorystyki pomieszczeń. Powszechnie używanie barwy białej do ścian jest poważnym błędem, gdyż w kuźni ułatwia występowanie zjawiska olśnienia. Ponadto barwa biała daje wrażenie obcości, a także nuży. Najlepsze dla kuźni są kolory zielonkawe względnie niebieskie.

Po dwunaste, ponieważ nie można wykluczyć związku pomiędzy zachorowalnością na choroby przewodu pokarmowego a spożywanymi przez pracowników kuźni napojami chłodzącymi (gazowanymi), należy wprowadzić zasadę racjonalnego picia napojów chłodzących w kuźni. W tym celu należy ograniczyć ilość podawanych wód gazowanych do 1/4 – 1/5 całkowitej ilości wypijanych napojów w ciągu zmiany roboczej na rzecz dobrych mieszanek zielonych. Temperatura mieszanek powinna wynosić około 15-18 stopni. Pracowników (szczególnie nagrzewaczy) należy przyzwyczajać do picia napoju często w małych ilościach, nie przekraczających jednorazowo 1/4 litra i niezależnie od pragnienia.

Podsumowanie

W niniejszej pracy podjęłam próbę ergonomicznej analizy warunków i wymagań pracy ludzkiej w kontekście szerokich uwarunkowań jej wydajności i jakości. Przedstawiłam zadania współczesnej medycyny pracy, które zmniejszają niekorzystne wpływy środowiska pracy na zdrowie pracownika, zapewniają opiekę profilaktyczną nad pracującym. A rola pielęgniarstwa w tej dziedzinie jest ogromna. Ma za zadanie ograniczenie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie poprzez:

- rozpoznawanie i ocenę czynników występujących w środowisku pracy oraz sposobów pracy, mogących mieć ujemny wpływ na zdrowie,
- rozpoznawanie i ocenę ryzyka zawodowego w środowisku pracy oraz informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych będących następstwem tego ryzyka,
- udzielenie pracodawcom i pracującym porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy.

Rolą pielęgniarstwa jest również sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, w szczególności poprzez:

- wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych przewidzianych w Kodeksie pracy (w zakresie zadań, do których pielęgniarstwo jest przygotowane),
- orzecznictwo lekarskie, prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i leczniczej w zakresie patologii zawodowej,
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywaną pracą.

Przedstawiłam szereg zagadnień, jakie muszą być prowadzone przez pielęgniarstwo służby medycyny pracy. Z tego wynika, że służba medycyny pracy jest bardzo potrzebna, po to aby dbać o zdrowie pracowników, wykonywać badania profilaktyczne, i inne wytyczone zadania, a rola pielęgniarstwa jest ogromna.

Aneta Boryczewska

Epidemiologia występowania depresji w oparciu o dane statystyczne Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu

Promotor: mgr piel. Małgorzata Modl

Wstęp

Organizm ludzki bardzo indywidualnie reaguje na otaczającą go rzeczywistość. Ogólny ton emocji, czyli nastrój, rozciąga się między szczęściem a smutkiem. Zazwyczaj reakcja organizmu jest adekwatna do siły i znaczenia bodźca. To co dla danej osoby jest korzystne wyzwala pozytywne emocje, czyli radość, zadowolenie, szczęście, natomiast to co niekorzystne, wyzwala emocje negatywne, do których zaliczamy smutek, przygnębienie, rozpacz.

Stany pogorszonego nastroju mogą przyjmować różne odcienie, od „fizjologicznego” smutku poprzez przygnębienie, uczucie obojętności, aż do głębokiej depresji. Granica między zwykłym przygnębieniem, a depresją nie jest ostra. Ważnymi elementami, na które należy zwrócić uwagę są:

- czas trwania zaburzeń (jeśli mamy do czynienia z chandrą to stan taki nie trwa długo),
- funkcjonowanie danego osobnika (w przypadku depresji obserwuje się znaczną dezorganizację życia),
- skuteczność farmakoterapii (leczenie przynosi ulgę tylko w przypadku depresji, nie chandry).

Nie jest tajemnicą, że długotrwałe obniżenie nastroju ma niekorzystny wpływ na samopoczucie danej osoby. Rzutuje ono również na stosunki z otoczeniem, wydajność w pracy, czy wreszcie zdolność do zajmowania się sobą i swoją rodziną. Gdy nie poddamy chorego właściwemu działaniu terapeutycznemu możemy podtrzymać lub wręcz pogłębić jego stan.

Obecnie obserwuje się zjawisko wzrostu ilości osób chorujących na depresję, mogą temu sprzyjać duże migracje ludności, izolacja, osamotnienie, brak poczucia bezpieczeństwa, przemiany społeczno - polityczne, bezrobocie i powszechność środków chemicznych mających wpływ depresjotwórczy (używków, niektóre leki). Wiele osób błędnie uważa, że jest to schorzenie nieuleczalne, wiele osób nie szuka pomocy, a dla jeszcze innych pomoc przychodzi zbyt późno.

Depresja jest jednym z najczęstszych zaburzeń psychicznych. Może się pojawić w życiu każdego człowieka, niezależnie od wieku, płci i prowadzonego trybu życia. Pojęcie depresji bywa często zawężone do określonej grupy, czy zespołu objawów towarzyszących choremu, do których zaliczamy m. in. obniżenie nastroju. Nasilenie tych dolegliwości bywa bardzo różne,

indywidualne dla każdego człowieka. Nie ulega jednak wątpliwości, że zawsze jest ono wielkim cierpieniem i wielkim dramatem dla każdego pacjenta. Według prof. Kępińskiego,, chory depresyjny przyzwyczaja się do ciemności swego świata. Pełna kolorów jasność dnia razi go i drażni (...). Jak człowiek długo przebywający w ciemności mruży oczy, gdy wyprowadza się go na światło dzienne, tak i chory w depresji zamyka się w sobie i wycofuje, gdy otoczenie stara się go wprowadzić w wir normalnego życia”.

Klasyfikacja epizodów depresyjnych

Współcześnie obowiązują dwa systemy klasyfikacyjne:

- DSM – system klasyfikacyjny używany w psychiatrii amerykańskiej,
- ICD – klasyfikacja obowiązująca również w Polsce.

ICD-10 to ostatnia wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów (opublikowana w 1992 r.). Według klasyfikacji ICD-10 epizody depresyjne dzielą się na:

- łagodne (F 32.0) – podstawowe objawy depresji o niewielkim nasileniu,
- umiarkowane (F32.1) – podstawowe objawy depresji o nasileniu średnim, zniechęcenie do życia, wyraźne obniżenie funkcjonowania społecznego i zawodowego,
- ciężkie, bez objawów psychotycznych (F 32.2) dominuje przygnębienie, znaczne spowolnienie psychoruchowe, niekiedy lęk, częste myśli i tendencje samobójcze, niezdolność do funkcjonowania społecznego i zawodowego,
- ciężkie z objawami psychotycznymi (F 32.3) jak wyżej oraz urojenia grzeszności, winy i kary, hipochondryczne, omamy słuchowe, zahamowanie ruchowe aż do osłupienia.

W ICD-10 wyróżnione zostały następujące zespoły chorobowe: epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, zaburzenia afektywne dwubiegunowe oraz uporczywe zaburzenia nastroju, w tym dystymię. Objawy depresji obecne są też w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, np. w organicznych zaburzeniach nastroju, schizofrenii i nerwicy.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem

Problemy pielęgnacyjne osób z zaburzeniami depresyjnymi mają swoją specyfikę. Przede wszystkim, jak to czynił Hipokrates – twórca i propagator leczenia holistycznego, człowieka należy postrzegać jako jedność ciała, umysłu i duszy. Bardzo istotne jest poznanie chorej osoby, a nie tylko choroby, na którą ona zapadła.

Pielęgniarka chcąc pomagać pacjentom z zaburzeniami psychicznymi powinna wykazywać się dobrą znajomością psychopatologii ogólnej oraz przyjąć postawę warunkującą skuteczność w rozwiązywaniu problemów. Każdego chorego należy traktować indywidualnie, wykazywać się cierpliwością, taktem i zrozumieniem.

Aby praca pielęgniarki była owocna należy postawić diagnozę pielęgnarską, a następnie podjąć wszelkie działania, które pozwolą na osiągnięcie zamierzonego celu. Opieka nad pacjentem rozpoczyna się już w Izbie Przyjęć, gdzie złęknionego chorego należy uspokoić, a w przypadku pytań i wątpliwości udzielić wyczerpujących odpowiedzi, poinformować o braku różnic między szpitalami i zapoznać z personelem, topografią oraz regulaminem oddziału, rozkładem zajęć i kartą praw pacjenta. Szczególnym utrudnieniem w nawiązaniu kontaktu z chorym może być skrajne zahamowanie

psychoruchowe (osłupienie). Osobę taką należy objąć szczególnie uważną obserwacją i poddać starannej analizie posiadane dane (historia choroby, wywiad rodzinny i inne).

Każdy kontakt pielęgniarki z pacjentem powinien być dostosowany do osobowości pacjenta, głębokości zaburzeń, sytuacji, etapu leczenia oraz planu terapeutycznego.

Jednym z podstawowych problemów, z jakimi borykają się chorzy depresyjni to utrata poczucia sensu życia oraz myśli samobójcze. Pacjenta takiego należy otoczyć ścisłą obserwacją przez całą dobę. Chory musi wiedzieć, że nie jest sam. Czasami wystarczy gest, czy spojrzenie, a nawet chwilowe towarzyszenie w milczeniu, aby sprawić, że chory poczuje się lepiej, pewniej. Zawsze trzeba mieć czas na wysłuchanie chorego, dać możliwość wypowiedzenia się na nurtujące tematy oraz zapewnić o gotowości udzielenia wszelkiej, potrzebnej pomocy. Zachowanie spokoju wewnętrznego i rozważli, a jednocześnie zdecydowania i aktywności ze strony personelu budzi u chorego zaufanie i przywraca poczucie bezpieczeństwa. W celu odwrócenia uwagi od własnego cierpienia i myśli samobójczych zachęcamy chorego do udziału w zajęciach terapeutycznych a także organizujemy czas wolny. Poza tym, należy dyskretnie kontrolować zażywanie leków przez pacjenta, aby upewnić się, czy rzeczywiście je przyjmuje, bądź też nie gromadzi ich w celach samobójczych. W tym też celu przy przyjęciu zabieramy choremu ostre i niebezpieczne przedmioty.

Do uzyskania szybkiej poprawy stanu zdrowia potrzebna jest współpraca z chorym, dlatego też bardzo istotne jest przekonanie go o tym, podtrzymywanie wiary chorego w leczenie oraz zachęcanie do przyjmowania leków, kontynuowania terapii mimo wystąpienia przemijających objawów niepożądanych lub przedłużania się okresu bez widocznej poprawy, a także wyeliminowanie lub ograniczenie powikłań polekowych. Ważne jest dostarczenie pacjentowi i jego rodzinie wiedzy na temat objawów niepożądanych, powikłań, które mogą pojawić się w trakcie przyjmowania leków, oraz umiejętności odróżniania ich od symptomów choroby, a zwłaszcza od nawrotu lub nasilenia się objawów choroby.

Rozmawiając z pacjentem z zaniżonym poczuciem własnej wartości powinniśmy ukazywać pozytywne fakty i osiągnięcia z życia chorego, uświadamiać jakie ma znaczenie dla rodziny, znajomych, dowartościowywać chorego i w miarę możliwości uaktywniać go. Bardzo korzystnie na poprawę stanu zdrowia wpływają też odwiedziny bliskich osób. W przypadku, gdy kontakt z rodziną jest utrudniony należy, w miarę możliwości, wpłynąć na jego poprawę, udzielić bliskim rad pomocnych w zrozumieniu chorego i nauczenie postępowania względem niego.

Wielu chorych depresyjnych ma problemy z zasypianiem, budzą się w nocy i wcześnie rano. Aby zapewnić choremu wypoczynek należy stworzyć warunki sprzyjające, czyli wietrzyć salę, zapewnić ciszę i spokój na sali, uspokoić chorego poprzez rozmowę, a jeśli to konieczne podać leki nasenne według zaleceń lekarza. Gdy chory już zaśnie należy kontrolować przebieg snu.

Aby poprawić samopoczucie pacjenta i zmotywować go do dbałości higienę osobistą, wygląd zewnętrzny oraz wygląd najbliższego otoczenia należy rozmawiać na ten temat, prowadzić pogadanki, pomagać w wykonywaniu czynności, które sprawiają problem oraz dostrzegać wysiłki pacjenta i nagradzać je słownie.

W przypadku, gdy chory odmawia przyjmowania posiłków, bądź przyjmuje je niechętnie należy choremu towarzyszyć w czasie spożywania pokarmów, zachęcać do jedzenia, przygotowywać rozdrobnione kęsy jedzenia, nie ponaglać, nie wolno zmuszać chorego do przełykania pokarmu, gdyż może to doprowadzić do zachłyśnięcia i związanych z tym komplikacji, czasami

karmić, a w skrajnych przypadkach karmić chorego przez sondę żołądkową. Bardzo istotne jest, aby pamiętać o toalecie jamy ustnej (minimum 2 razy dziennie).

U chorego z depresją należy odnotowywać wypróżnienia, ponieważ mogą nie skarżyć się na długotrwałe zaparcia. W przypadku ich wystąpienia proponujemy wypicie szklanki przegotowanej wody na czczo, picie kwaśnego mleka (rano i wieczorem), spożywanie jabłek, picie herbatek ziołowych, zachęcamy do udziału w porannej gimnastyce i aktywności w ciągu dnia, np. spacer, chodzenie po schodach, a jeśli działanie te nie przynoszą oczekiwanego efektu podajemy leki.

Musimy pamiętać, że osoba depresyjna może też być rozdrażniona, pobudzona, a nawet agresywna, dlatego powinniśmy obserwować zachowania zmierzające w tym kierunku. Zapewnić spokój, wyeliminować czynniki rozpraszające i drażniące, umiejętnie rozwiązywać sytuacje konfliktowe, nie wdawać się w niepotrzebne dyskusje i sprzeczki, starać się odwrócić uwagę chorego, zainteresować go czymś innym. A jeśli to konieczne zastosować przymus bezpośredni.

Do zadań personelu pielęgniarstwa należy: obserwacja chorego, wspieranie go, motywowanie do leczenia oraz edukacja. Chory musi być przekonany o istotnej roli leczenia farmakologicznego, które należy kontynuować także po opuszczeniu oddziału szpitalnego, gdyż odpowiedni czas farmakoterapii zapobiega nawrotom choroby. Dobrze jest jeśli edukacją objąć możemy też rodzinę chorego, gdyż odgrywa ona ważną rolę w procesie zdrowienia, zarówno podczas pobytu chorego w szpitalu, jak i po wyjściu do domu. Często osoby z najbliższego otoczenia pacjenta, jako pierwsze dostrzegają subtelne zmiany mogące zwiastować nawrót choroby. Współpraca z najbliższymi pacjenta jest bardzo ważna, powinna ona być świadoma i celowa. W rozmowie z poszczególnymi członkami rodziny powinniśmy przestrzegać zasad zapobiegających niweczeniu poczucia bezpieczeństwa i akceptacji, których uczył prof. A. Kępiński:

- należy unikać przedmiotowego traktowania pacjenta,
- nie wolno przyjmować sztucznej maski wobec chorego,
- należy wystrzegać się postawy sędziego.

Pacjent po opuszczeniu oddziału szpitalnego powinien kontynuować leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego. Skierowanie do poradni nie jest wymagane.

Dane epidemiologiczne

W Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu uzyskałam następujące dane dotyczące liczby hospitalizowanych pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi:

Rozpoznanie	Ilość osób przyjętych do szpitala w danym roku kalendarzowym							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Razem
F 30	-	2	-	-	-	-	-	2
F 30.0	-	-	-	-	1	2	1	4
F 30.1	-	1	1	5	5	2	-	14
F 30.2	1	1	4	4	4	5	7	26
F 31	2	-	1	-	-	-	-	3
F 31.0	-	2	1	-	5	6	5	19

Rozpoznanie	Ilość osób przyjętych do szpitala w danym roku kalendarzowym							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Razem
F 31.1	2	7	4	-	5	9	6	33
F 31.2	-	-	-	-	-	6	2	8
F 31.3	1	4	2	-	10	5	4	26
F 31.4	-	4	7	-	1	1	2	15
F 31.5	-	-	-	-	1	-	-	1
F 31.6	-	1	2	-	4	3	2	12
F 31.7	-	-	-	-	-	-	1	1
F 31.9	-	-	-	-	-	1	2	3
F 32	4	73	67	-	-	-	-	144
F 32.0	11	59	50	-	60	68	78	326
F 32.1	21	93	79	-	78	63	64	398
F 32.2	12	23	32	15	30	17	10	139
F 32.3	10	13	11	17	21	15	21	108
F 32.8	-	2	1	2	5	5	1	16
F 32.9	3	5	7	6	6	2	3	32
F 33	6	21	21	7	1	-	-	56
F 33.0	4	25	9	10	18	19	6	91
F 33.1	26	94	72	62	74	56	75	459
F 33.2	13	34	32	20	13	19	14	145
F 33.3	7	11	6	3	4	6	6	43
F 33.8	3	3	-	-	1	-	1	8
F 33.9	-	3	1	3	11	1	14	33
F 34.0	-	-	-	-	-	-	1	1
F 34.1	2	68	43	27	16	9	1	166
F 34.8	-	2	5	1	2	-	1	11
F 34.9	-	1	1	2	-	2	1	7
F 38	-	1	1	-	-	-	-	2
F 38.8	-	2	2	1	-	1	1	7
F 39	-	-	2	-	1	-	-	3
F 40.0	-	-	-	-	1	2	2	5
F 41.0	-	-	-	-	3	8	5	16
F 41.1	-	-	-	-	18	10	4	32
F 41.2	-	-	-	-	40	34	21	95
F 41.3	-	-	-	-	1	1	-	2

Rozpoznanie	Ilość osób przyjętych do szpitala w danym roku kalendarzowym							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Razem
F 41.8	-	-	-	-	2	-	-	2
F 41.9	-	-	-	-	-	3	1	4
F 42.1	-	-	-	-	-	1	-	1
F 42.2	-	-	-	-	2	-	1	3
F 43.0	-	-	-	-	4	4	4	12
F 43.1	-	-	-	-	3	2	3	8
F 43.2	-	-	-	-	110	113	111	334
F 43.8	-	-	-	-	-	1	-	1
F 44.2	-	-	-	-	1	-	-	1
F 44.4	-	-	-	-	1	1	1	3
F 44.7	-	-	-	-	1	2	6	9
F 44.8	-	-	-	-	1	3	1	5
F 44.9	-	-	-	-	1	-	-	1
F 45.0	-	-	-	-	3	1	3	7
F 45.1	-	-	-	-	3	1	1	5
F 45.2	-	-	-	-	2	-	-	2
F 45.3	-	-	-	-	-	-	2	2
F 45.8	-	-	-	-	-	1	1	2
F 45.9	-	-	-	-	1	-	2	3
F 48	-	-	-	-	2	-	-	2
F 48.0	-	-	-	-	9	3	-	12
F 48.8	-	-	-	-	3	1	2	6
F 48.9	-	-	-	-	102	70	40	212
Razem	128	555	463	185	691	585	537	3149

Z analizy danych statystycznych za poszczególne lata można wyciągnąć następujące spostrzeżenia:

W roku 2001 łącznie hospitalizowano 1964 osoby, w tym 128 pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, co stanowi 6,5 % wszystkich pacjentów. Najmniejszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem manii z objawami psychotycznymi oraz z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie epizod maniakalny bez objawów, najwięcej zaś z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, obecnie epizod depresyjny umiarkowany.

W roku 2002 wśród 2894 chorych poddanych leczeniu, 555 osób to chorzy depresyjni. Stanowili oni aż 19,7 % wszystkich pacjentów leczonych w tym czasie w szpitalu. Najmniej pacjentów leczonych w szpitalu w roku 2002 miało postawione rozpoznanie: mania bez objawów psychotycznych, mania z objawami psychotycznymi, zaburzenia afektywne dwubiegunowe,

obecnie epizod mieszany, uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne nieokreślone) i inne zaburzenia nastroju (afektywne). Zdecydowanie największa grupa chorych, to osoby z rozpoznaniem epizodu depresyjnego umiarkowanego i z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, obecnie epizod depresyjny umiarkowany.

W roku 2003 łącznie leczeniem objęto 2576 osób, w tym 463 chorych to chorzy depresyjni (17,97 % wszystkich chorych). Najmniejszą grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem manii bez objawów psychiatrycznych, z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, zaburzenia afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie – epizod hipomanii, innymi epizodami depresyjnymi, nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi, nieokreślonymi, uporczywymi zaburzeniami nastroju (afektywne nieokreślone) i innymi zaburzeniami nastroju (afektywne). Najwięcej zaś, bo aż siedemdziesiąt dziewięć osób, z rozpoznaniem epizodu depresyjnego umiarkowanego.

W roku 2004 do szpitala przyjęto 2203 chorych, z czego 8,39 % (185 osób) to chorzy depresyjni. Najmniej było pacjentów z rozpoznaniem: inne uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) i inne nieokreślone zaburzenia nastroju (afektywne) - po jednej osobie. Najwięcej zaś z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, obecnie epizod depresyjny umiarkowany (sześćdziesiąt dwie osoby).

W roku 2005 do szpitala przyjęto 3041 osób, w tym 22,72 % (691 osób) to chorzy depresyjni. Przyjęto po jednej osobie z rozpoznaniem hipomanii, z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie epizod ciężkiej depresji bez objawów psychiatrycznych, zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie epizod ciężkiej depresji z objawami psychiatrycznymi, zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi, z innymi nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami nastroju (afektywne), nieokreślone, z rozpoznaniem agorafobii, z innymi mieszanymi zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami dysocjacyjnymi (stupor dysocjacyjny), dysocjacyjnymi zaburzeniami ruchu, mieszanymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, innymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, zaburzeniami dysocjacyjnymi, nieokreślone i innymi zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, nieokreślone. Najwięcej zaś było leczonych osób z zaburzeniami nerwicowymi, nieokreślone (sto dwie osoby) oraz z zaburzeniami adaptacyjnymi (sto dziesięć osób).

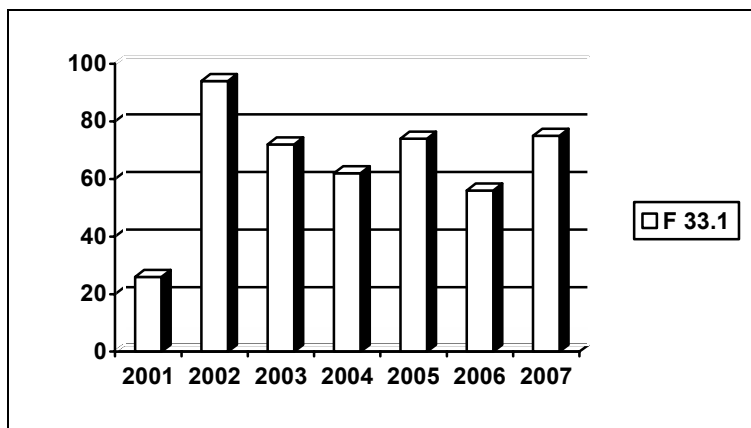
W 2006 roku przyjęto do szpitala 2996 osób, w tym 19,52 % (585 osób) to chorzy depresyjni. Przyjęto po jednej osobie z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie epizod ciężkiej depresji bez objawów psychiatrycznych, zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, nieokreślone, nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi, nieokreślone, innymi nieokreślonymi zaburzeniami nastroju (afektywne), innymi mieszanymi zaburzeniami lękowymi, z zaburzeniami z przewagą czynności natrętnych, innymi reakcje na ciężki stres, dysocjacyjnymi zaburzeniami ruchu, zaburzeniami somatyzacyjnymi, zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, niezróżnicowane, innymi zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną i z innymi nieokreślonymi zaburzeniami nerwicowymi. Zdecydowanie najwięcej było leczonych osób z zaburzeniami adaptacyjnymi (sto trzynaście osób).

W 2007 roku do szpitala przyjęto 2687 osób, w tym 19,98 % (537 osób) to chorzy depresyjni. Najmniej zostało odnotowanych przyjęć pacjentów z rozpoznaniem hipomanii, z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, obecnie remisja, innymi epizodami depresyjnymi, innymi nawracającymi zaburzeniami depresyjnymi, z rozpoznaniem cyklotymii, dysty-

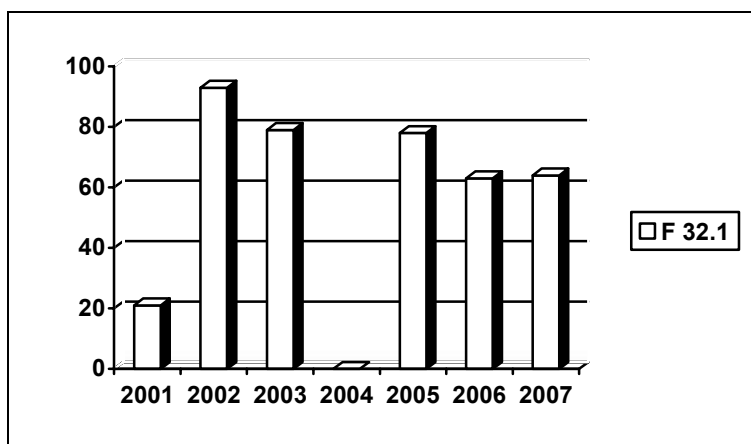
mii, z innymi uporczywymi zaburzeniami nastroju (afektywne), uporczywymi zaburzeniami nastroju (afektywne nieokreślone), innymi nieokreślonymi zaburzeniami nastroju (afektywne), zaburzeniami lękowymi, nieokreślonymi, z myślami i czynnościami natrętnymi, mieszane, dysocjacyjnymi zaburzeniami ruchu, innymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną, niezróżnicowane i innymi zaburzeniami występującymi pod postacią somatyczną (po jednej osobie). Największa grupa pacjentów to osoby z zaburzeniami adaptacyjnymi (sto jedenaście osób).

Częstość występowania wybranych zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu

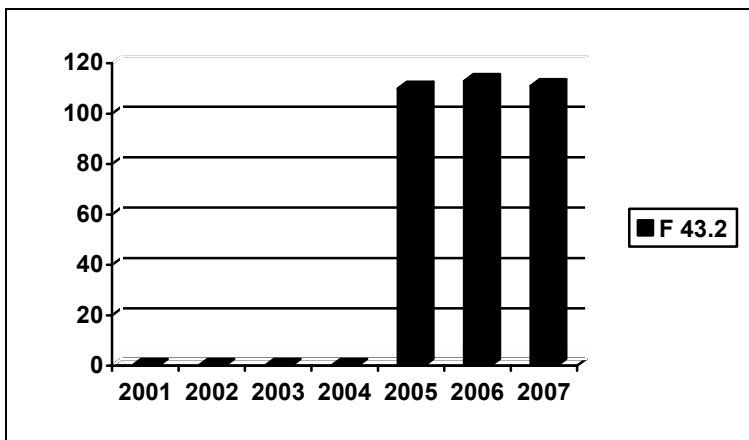
Wykresy 8-17 przedstawiają informację o najliczniejszych rozpoznaniach chorobowych występujących w latach 2001-2007.



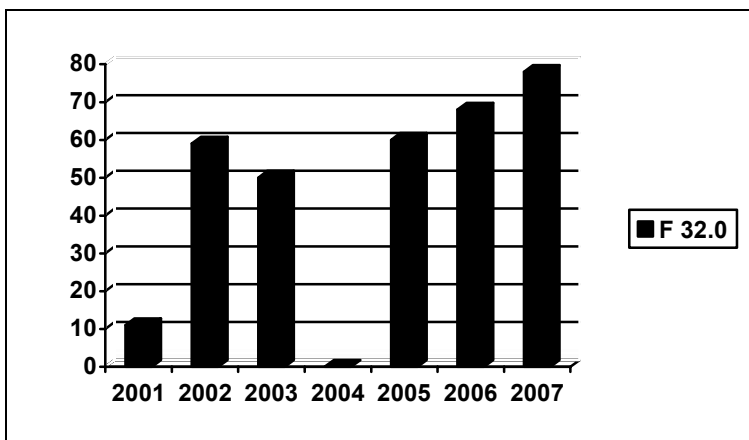
Wykres nr 8. Częstość występowania F 33.1 – Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji umiarkowany – w latach 2001-2007.



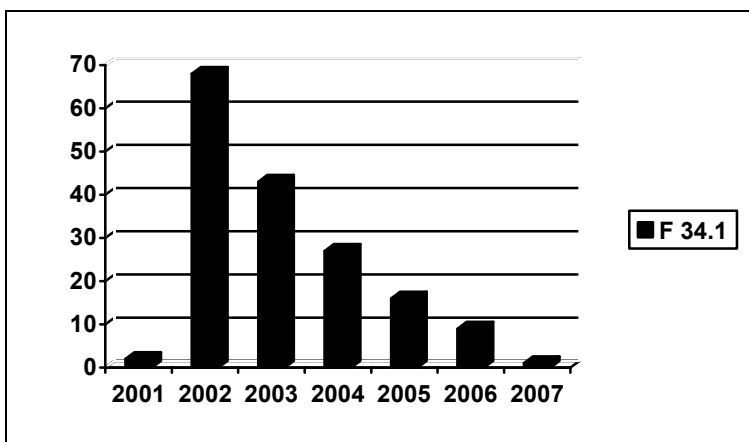
Wykres nr 9. Częstość występowania F 32.1 – Epizod depresji umiarkowany – w latach 2001-2007.



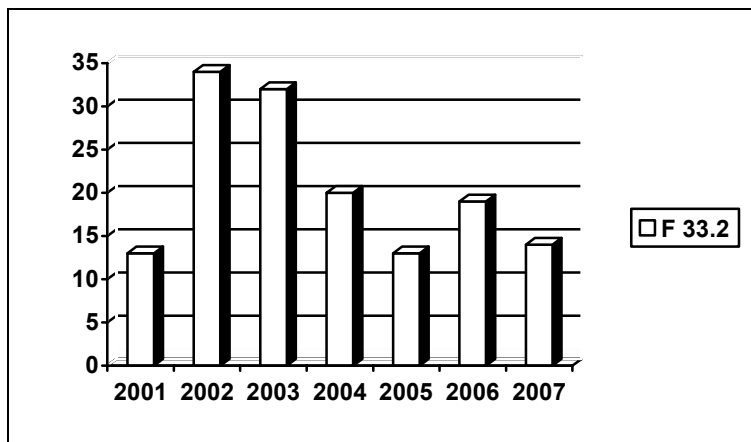
Wykres nr 10. Częstość występowania F 43.2 – Zaburzenia adaptacyjne – w latach 2001-2007.



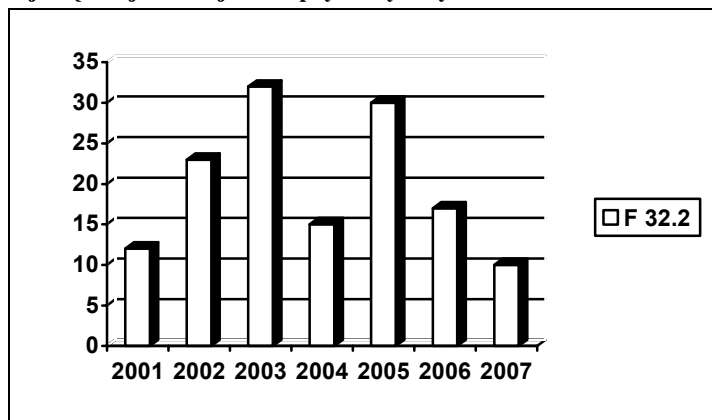
Wykres nr 11. Częstość występowania F 32.0 – Epizod depresji łagodny – w latach 2001-2007.



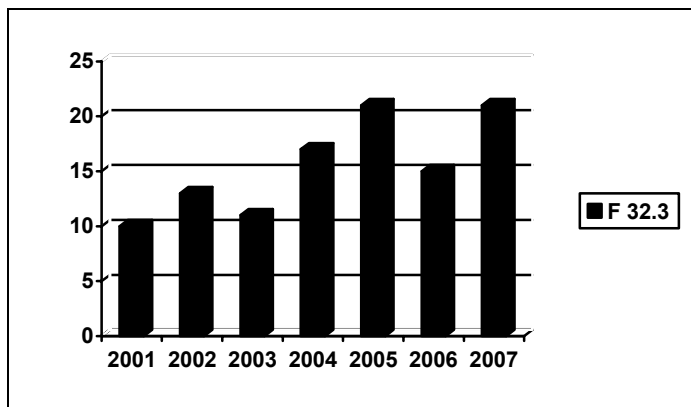
Wykres nr 12. Częstość występowania F 34.1 – Dystymia – w latach 2001-2007.



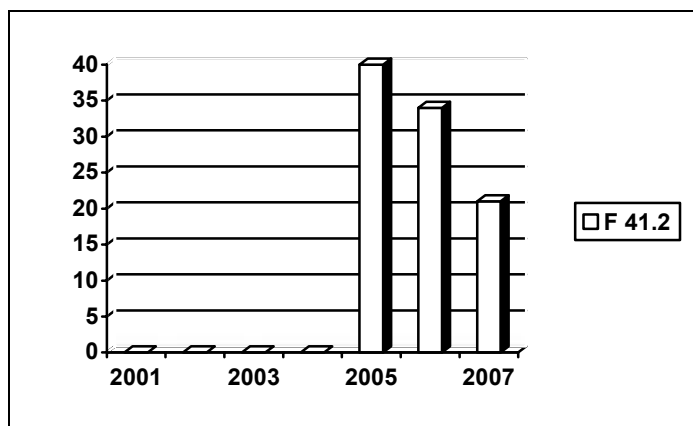
Wykres nr 13. Częstość występowania F 33.2 – Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych – w latach 2001-2007.



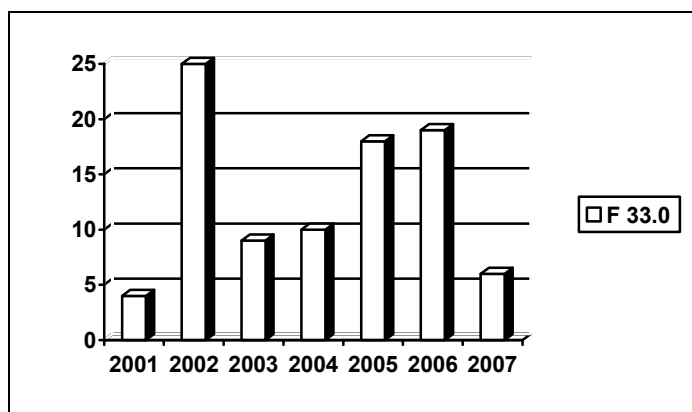
Wykres nr 14. Częstość występowania F 32.2 – Epizod depresji ciężki, bez objawów psychotycznych – w latach 2001-2007.



Wykres nr 15. Częstość występowania F 32.3 – Epizod ciężkiej depresji, z objawami psychotycznymi – w latach 2001-2007.



Wykres nr 16. Częstość występowania F 41.2 – Zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane – w latach 2001-2007.



Wykres nr 17. Częstość występowania F 33.0 – Zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresyjny łagodny – w latach 2001-2007.

Wnioski

- Reasumując, możemy powiedzieć, że w latach 2001-2007 w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu łącznie leczonych było 3149 pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, co stanowi 17,15 % wszystkich chorych przyjętych do szpitala w tym okresie.
- Wśród rozpoznań stawianych przez lekarzy psychiatrów były takie, które pojawiały się rzadko, np. jeden, dwa razy w ciągu całego roku kalendarzowego oraz takie, które pojawiały się bardzo często.

- W latach 2001-2004 najliczniejszą grupę pacjentów stanowili chorzy z rozpoznaniem epizodu depresji umiarkowanej i zaburzeń depresyjnych nawracających, obecnie epizod depresji umiarkowany.
- Od roku 2005 zdecydowana większość pacjentów to osoby z rozpoznaniem zaburzeń adaptacyjnych.
- Częstość występowania depresji znacznie wzrosła od roku 2005 i nadal utrzymuje się na wysokim poziomie.
- Depresja może pojawić się w życiu każdego człowieka, niezależnie od wieku, płci, czy wykształcenia.
- Choroba depresyjna zawsze przysparza wiele cierpienia, zarówno osobie chorej, jak i jej rodzinie.
- Koszt leczenia depresji oraz skutki tej choroby pociągają za sobą duże straty ekonomiczne.
- Wśród pacjentów depresyjnych obserwuje się wysoką przedwczesną umieralność (udane próby samobójcze).
- Wiedza społeczeństwa na temat problemów psychiatrycznych wciąż jest niewystarczająca.

Podsumowanie

Zaburzenia depresyjne stanowią poważny i ciągle rosnący problem kliniczny we współczesnym świecie. Przysparzają wiele cierpienia, zarówno pacjentom, jak i ich rodzinom. Duża częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych oraz ujemne skutki choroby pociągają za sobą straty ekonomiczne. Koszta obejmujące leczenie i skutki zaburzeń depresyjnych są bardzo wysokie, porównywalne ze skutkami ekonomicznymi chorób społecznych, takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory, czy HIV. Wieloletnie obserwacje wskazują na wysoką przedwczesną umieralność wśród osób z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku osób chorych na depresję 15-25 % zgonów to efekt udanych prób samobójczych.

Postawa społeczeństwa wobec osób leczonych psychiatrycznie, choć uległa poprawie, zwłaszcza w zakresie zwiększenia wiedzy na temat problemów psychiatrycznych, wciąż jest niewystarczająca. W dalszym ciągu obserwuje się obawy, lęk i niechęć w formie negatywnych stereotypów i znacznego dystansu społeczeństwa wobec osób psychicznie chorych. Być może z tego też powodu pewna część chorych nie korzysta z niczyjej pomocy, żyje w cierpieniu, nieświadomości, że może być poddana leczeniu, a wręcz wizytę u psychiatry traktuje jako coś wstydliwego, stygmatyzującego.

Jest też pewna grupa osób, która uciekając od problemów sięga po alkohol, w niekontrolowany sposób przyjmuje leki nasenne, przeciwbólowe, pogarszając tym samym swój stan zdrowia ze wszystkimi konsekwencjami takiego postępowania włącznie.

Bożena Jakubowska

Problem bólu w praktyce Pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej

Promotor: prof. dr hab. nauk med. Stanisław Szymaniec

Charakterystyka chorego z bólem przewlekłym

W odczuwaniu bólu przewlekłego istotną rolę odgrywają składowe osobowości. Stwierdzono, że przewaga introwertywnych cech osobowości zwiększa wrażliwość na ból, jednocześnie chorzy ci mniej ekspresywnie opisują swoje dolegliwości, co należy brać pod uwagę w ocenie bólu. Stwierdzono także, że poza cechami osobowości istotny wpływ na stopień odczuwania bólu ma aktualny stan psychiczny. Chorzy z lękiem lub objawami depresji wykazują większą wrażliwość na ból.

Z bólem ostrym kojarzony jest lęk, natomiast z przewlekłym – zazwyczaj objawy depresji. Istnieje dwukierunkowa zależność między bólem przewlekłym a występowaniem stanów depresyjnych. Bardzo często depresja stanowi następstwo przewlekłego bólu (30-60 % chorych). Ale stan depresji może stanowić również przyczynę odczuwania przewlekłego bólu bez istotnych uwarunkowań somatycznych. Mówimy wtedy o depresji maskowanej (ból stanowi „maskę” depresji).

Wszystkie osoby opiekujące się chorym cierpiącym z powodu bólu przewlekłego powinny być odpowiednio przeszkolone w zakresie oceny i leczenia bólu.

Należy pamiętać, że u chorego z przewlekłym bólem nowotworowym może wystąpić dodatkowy ból z innej przyczyny niż choroba podstawowa. Chory, jeżeli tylko jest w stanie, powinien być pierwszą osobą dokonującą oceny własnego bólu. Ocena jest zawsze subiektywna, a obserwator nie jest w stanie „wczuć się” w sytuację chorego. Personel medyczny sprawujący opiekę nad chorym cierpiącym z powodu bólu przewlekłego często ocenia stopień jego natężenia jako mniejszy, podczas gdy rodzina chorego ma raczej tendencje do przeszacowania natężenia bólu, nawet w stosunku do oceny podawanej przez samego chorego. Dlatego ocena natężenia bólu dokonana przez chorego powinna być traktowana jako najbardziej wiarygodna. Indywidualne odczuwanie bólu nie musi być związane z widocznym uszkodzeniem tkanek ani być proporcjonalne do jego stopnia. Nie istnieje pojedyncza ocena mogąca być jednoznaczną miarą bólu. W sytuacji, gdy chory nie jest w stanie sam ocenić bólu, nasilenie bólu ocenia cały zespół ludzi sprawujących nad nim opiekę. U niemowląt i małych dzieci ocena bólu musi być oparta na sygnałach niewerbalnych. Dla dokonania pełnej oceny bólu powinno się brać pod

uwagę: stan fizyczny chorego, zaburzenia funkcjonalne, czynniki psychologiczne oraz społeczne. Ból nie jest tylko doznaniem fizycznym, ale wywiera również wpływ na stan psychiczny chorego. Co więcej, obserwuje się także zależność odwrotną: stan psychiczny chorego ma wpływ na odczuwanie przez niego bólu. Również wcześniejsze doświadczenia związane z bólem i stosowanym leczeniem mogą wpływać na jego aktualną percepcję. Opisano ponadto wpływ czynników zewnętrznych np. religijnych, który sprawia, że podobny ból w różnych kręgach kulturowych może być inaczej wyrażany.

Przy ocenie bólu powinno się zwrócić uwagę na występowanie czynników modyfikujących jego percepcję. Do czynników, które mogą zwiększyć odczuwanie bólu, należą: gorączka, bezsenność, zmęczenie, niepokój, lęk, strach, depresja, samotność, poczucie odizolowania od społeczeństwa, brak wiary w możliwość skutecznego leczenia przeciwbólowego.

Natomiast sen, odpoczynek, zrozumienie ze strony otoczenia mogą pomóc w zmniejszeniu odczuwania dolegliwości bólowych. Zawsze należy pamiętać, że odczuwanie bólu jest indywidualną reakcją chorego i że czasem nawet ten sam czynnik u różnych chorych może wywoływać odmienny skutek.

Ocena zachowania chorego

U chorych z bólem przewlekłym można opisać różne formy tzw. „zachowań bólowych”, których często oni sami nie są w pełni świadomi. Typowe zachowania bólowe mogą być wyrażone za pomocą: odpowiedniej artykulacji dźwięków, wyrazu twarzy, aktywności ruchowej, usposobienia, gestykulacji itp. Należy ocenić:

- sygnały werbalne, zgłaszane spontanicznie oraz w odpowiedzi na zadawane pytania,
- sygnały niewerbalne, składające się na ocenę zachowania chorego (mimika, artykulacja dźwięków, pozycja ciała, gestykulacja, aktywność ruchowa, reakcje psychiczne, obronne, oraz inne zachowania mające na celu zmniejszenie bólu),
- stan psychiczny chorego.

Wbrew powszechnemu przekonaniu ból nie ogranicza się do cielesnego cierpienia. Chory doświadcza bólu całościowo, w każdej sferze życia. Może odczuwać silny lęk, smutek, a jeśli szanse na wyleczenie są małe, zadawać sobie egzystencjalne pytania o sens życia i śmierci. Właśnie ten psychiczny pierwiastek cierpienia sprawia, że przeciwbólowe środki farmakologiczne nie są skuteczne. U chorych fizyczny ból ma często psychiczne przyczyny. Jest wszechogarniający, a pacjent nie potrafi odróżnić, czy boli go wątroba czy nerka.

Jednym jest łatwiej zaakceptować chorobę i towarzyszący jej ból, a innym trudniej. A właśnie akceptacja ma w jego zwalczaniu kluczowe znaczenie. Niezgoda to ogromny wydatek energii. Osoby pogodzone z sytuacją, w jakiej się znalazły, nie marnują sił, lecz wykorzystują je do walki z cierpieniem.

Żyjemy w kręgu kulturowym, gdzie ból psychiczny jest tematem tabu. Pacjentom łatwiej jest więc mówić o bólu psychicznym niż duchowym. Łatwiej jest poprosić pielęgniarkę o zastrzyk przeciwbólowy niż psychologa o pomoc. Jeśli więc chorzy odczuwają lęk, sami go zwalczają albo wypierają ze świadomości. Tymczasem przyznanie się do niego przed samym sobą lub przed innymi przynajmniej po części hamuje to błędne koło. Pomaga rozmowa, niekoniecz-

nie z psychologiem. Mogą go zastąpić bliscy, a nawet inni chorzy – niekiedy sami pacjenci skutecznie podnoszą się nawzajem na duchu.

Phil Bosmans pisze: „Człowieku, jesteś mi bliski! Powiedz to drugiemu słowami lub bez słów. Powiedz to z uśmiechem, z gestem pojednania, z uściskiem ręki, ze słowem uznania, braterskim objęciem lub pocałunkiem pokoju. Z życzliwym blaskiem twoich oczu. Wypowiadaj to: Człowieku jesteś mi bliski tysiącem małych gestów, każdego dnia na nowo”.

Materialy i metody badań

Wśród 40 pacjentów losowo wybranych Praktyki Lekarza Rodzinnego NOVA w Lubaniu – 20 mężczyzn i 20 kobiet – przeprowadzono ankietę. Poinformowano ankietowanych, że udzielone odpowiedzi posłużą tylko i wyłącznie do badań, które będą stanowiły podstawę mojej pracy licencjackiej. Zaznaczam, iż ankietę jest zupełnie anonimowa.

W grupie kobiet jak i mężczyzn połowa ankietowanych to pacjenci do 50 roku życia, natomiast druga połowa przekroczyła ten wiek.

W ankiecie pytano o wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny i wystrój gabinetu zabiegowego, kwalifikacje i wiek pielęgniarki, ale także o uśmiech, życzliwość, poczucie humoru, współczucie, empatię, rozmów na temat choroby i dolegliwości, wyrozumiałość i cierpliwość oraz dbałość o intymność zabiegu.

Pacjenci oceniali co najbardziej łagodzi u nich lęk przed zabiegiem (tj. iniekcję, pobranie krwi do badania laboratoryjnego, zmiana opatrunku, płukanie uszu itp.), a co nie ma większego znaczenia. Badania przeprowadzono w lipcu i sierpniu 2007 roku.

Ankieta

W jakim stopniu łagodzi twój lęk przed zabiegiem?:

1. Wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny.
2. Wystrój i kolorystyka gabinetu.
3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki.
4. Wiek pielęgniarki.
5. Uśmiech i życzliwość.
6. Poczucie humoru.
7. Współczucie i empatia.
8. Rozmowa na temat choroby i dolegliwości.
9. Wyrozumiałość i cierpliwość.
10. Dbłość o intymność zabiegu.

Skala ankiety:

Oceń w skali od 0 do 10 pkt

0 – bez znaczenia, 10 – największe znaczenie

Wyniki badań

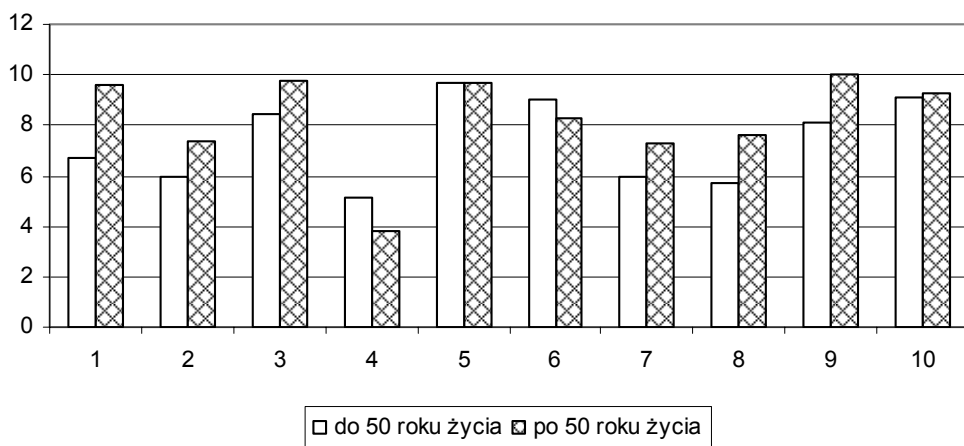
Tabela 1. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród kobiet

	Do 50 roku życia								Po 50 roku życia											
p									0									0		
					0		0						0	0	0	0	0	0		
					0													0		
	0		0				0	0	0				0	0	0	0	0	0		
			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
		0	0				0	0					0	0	0			0		0
			0				0	0										0		0
			0				0											0		0
			0			0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0			0	0			0		0	0				0		0		0	0	0

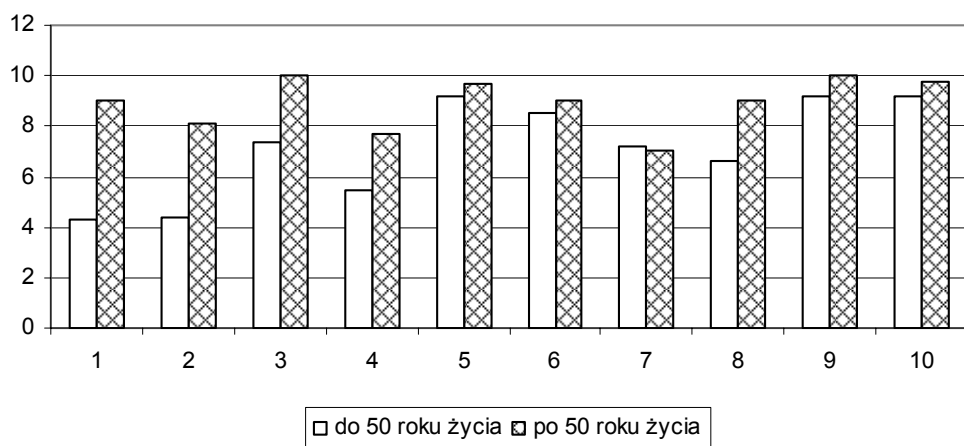
Tabela 2. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród mężczyzn

	Do 50 roku życia								Po 50 roku życia										
p									0										0
										0	0	0					0	0	0
										0							0		
										0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
										0	0								
	0	0					0	0	0	0	0	0	0		0		0	0	0
	0			0					0	0		0		0		0			
		0							0	0									
		0								0	0	0						0	0
	0	0		0	0			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0		0			0			0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

Porównanie wyników ankiety dla kobiet



Porównanie wyników ankiety dla mężczyzn



	Ankietowani ogółem	Kobiety			Mężczyźni			Wszyscy do 50 roku życia	Wszyscy po 50 roku życia
		Do 50 roku życia	Po 50 roku życia	Ogółem	Do 50 roku życia	Po 50 roku życia	Ogółem		
1. Wyposażenie gabinetu w sprzęt medyczny	7,4	6,7	9,6	8,15	4,3	9,0	6,60	5,50	9,30
2. Wystrój i kolorystyka gabinetu	6,4	6,0	7,4	6,70	4,4	8,1	6,25	5,20	7,75
3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki	8,9	8,4	9,8	9,10	7,4	10,0	8,70	7,90	9,90
4. Wiek pielęgniarki	5,5	5,1	3,8	4,40	5,5	7,7	6,60	5,30	5,75
5. Uśmiech i życzliwość	9,5	9,7	9,7	9,70	9,2	9,7	9,40	9,40	9,70
6. Poczucie humoru	8,7	9,0	8,3	8,65	8,5	9,0	8,70	8,75	8,60
7. Współczucie i empatia	6,8	6,0	7,3	6,65	7,2	7,0	7,10	6,60	7,10
8. Rozmowa na temat choroby i dolegliwości	7,2	5,7	7,6	6,65	6,6	9,0	7,80	6,15	8,30
9. Wrozumiałość i cierpliwość	9,3	8,1	10,0	9,05	9,2	10,0	9,60	8,60	10,0
10. Dbłość o intymność zabiegu	9,3	9,1	9,3	9,20	9,2	9,8	9,50	9,15	9,50

Omówienie wyników

Ankieta wykazała, że największe znaczenie dla pacjentów ma uśmiech, życzliwość, wrozumiałość oraz dbłość o intymność zabiegu.

Wiek pielęgniarki, wyposażenie, wystrój gabinetu oraz empatia i współczucie dla ankietowanych nie miało większego znaczenia.

Młodszy pacjenci cenią poczucie humoru, a starsi przywiązują większą wagę do kwalifikacji pielęgniarki niż jej wieku.

Pytania ankiety miały znaczenie dla ankietowanych i w to punktowanej skali ocen uzyskały co najmniej 4 punkty.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonej ankiety można wyciągnąć następujące wnioski:

Każdego pacjenta należy traktować indywidualnie.

Oczekiwania osób młodszych i starszych różnią się, również oczekiwania kobiet różnią się od oczekiwań mężczyzn.

Pacjenci nie oczekują współczucia, rozmów o chorobie i dolegliwościach, ale bardzo ważnym dla nich jest uśmiech, życzliwość, dbałość o intymność zabiegu.

Dla starszych pacjentów ważne są kwalifikacje i profesjonalizm.

Nowoczesny gabinet zabiegowy w pięknych pastelowych kolorach nie złagodzi bólu, ani lęku pacjentów, jeżeli w gabinecie będzie pracowała świetnie wyszkolona profesjonalistka, ale traktująca pacjenta przedmiotowo.