

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

**Acta Scholae Superioris
Medicinae Legnicensis**

Zeszyty naukowe

Nr 1(15)/2015

MNiSW – 1 pkt, ICV 2013: 1,47

Legnica 2015

Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy
MNiSW – 1 pkt, ICV 2013: 1,47

Komitet naukowy:

dr hab. Zbigniew Rykowski
prof. dr hab. n. med. Janusz Woytoń
prof. dr hab. n. med. Janusz Bielawski
prof. dr hab. n. med. Stanisław Szymaniec
prof. dr hab. Stanisław Ryng
dr hab. n. med. Witold Pilecki
doc. dr n. med. Jolanta Pietras
doc. dr Adam Klar
doc. dr Ryszard Pękała
doc. dr Wiktor Piotrowski
dr n. med. Elżbieta Grajczyk

Redaktor naukowy:

doc. dr Adam Klar

Sekretarz:

mgr Czesław Kowalak

Redaktorzy wydania:

doc. dr Adam Klar
doc. dr Ryszard Pękała

© Copyright by Wyższa Szkoła Medyczna

Wydanie I, Legnica 2015-09-15

Książka, ani żaden jej fragment, nie może być przedrukowywana bez pisemnej zgody Wydawcy. W sprawach zezwoleń na przedruk należy zwracać się do Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy

ISSN 2084-3607

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy,
Ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
Tel. 76 854 99 35
e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

Spis treści

Wstęp.....	7
Anna Laskowska: Wiedza młodzieży gimnazjalnej z powiatu jaworskiego na temat zaburzeń odżywiania.....	9
Joanna Rychel: Ocena świadomości społecznej na temat profilaktyki raka jądra wśród mieszkańców powiatu nowosolskiego.....	43
Jolanta Małgorzata Czajkowska: Prawo do godnego życia, umierania i naturalnej śmierci osób w podeszłym wieku	59
Barbara Podeszwa: Jakość życia osób powyżej 65 roku życia, leczonych w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum Medycznym.....	101

Table of Contents

Preface.....	7
Anna Laskowska: Knowledge junior high school students from the county Jawor about eating disorders	9
Joanna Rychel: Rating awareness about prevention of testicular cancer among residents of the district Nowa Sól	43
Jolanta Małgorzata Czajkowska: The right to a dignified life, death and natural death in the elderly.....	59
Barbara Podeszwa: The quality of life of people above 65 years of age treated in internal ward in Jaworski Medical Center	101

Wstęp

Niniejszy tom stanowi kontynuację rozpoczętej w roku 2008 tradycji publikowania najbardziej wartościowych prac dyplomowych, które powstały w naszej Uczelni.

Pierwsze sześć tomów serii (wyszły drukiem w roku 2008) były owocem 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. Tomy te zawierały skrócone wersje najlepszych prac licencjackich, które powstały w ramach projektu.

Obecny, piętnasty już tom serii, nawiązuje do tamtej tradycji. Publikujemy w nim – w wersji skróconej – cztery wybrane prace licencjackie, które powstały w trakcie realizacji Projektu Systemowego pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie Zawodowe Kadr Medycznych. Projekt ten został przygotowany i zrealizowany przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia w latach 2008-2015.

Wielka nauka rozpoczyna się od przyczynków. Bada się pewien określony, ograniczony w czasie oraz przestrzeni, fragment rzeczywistości i na podstawie wyników wyciąga wnioski, które mają najczęściej charakter cząstkowy, gdyż dotyczą tylko tego ograniczonego fragmentu. Gdy jednak podobne badania zostaną przeprowadzone w różnych miejscach (ale mniej więcej w tym samym czasie), można dokonać próby uogólnienia wyników, poprzez odrzucenie tych, które nosiły na sobie piętno określonego miejsca, pozostawienie natomiast tych rezultatów, które okazały się podobne dla różnych obszarów badań. Wówczas – poprzez uogólnienie czy wykrycie elementów wspólnych w wynikach pochodzących z różnych badań cząstkowych – zaczyna tworzyć się teoria naukowa, która z kolei może oraz powinna zostać zastosowana w praktyce.

Prezentowane w niniejszym tomie prace są takim przyczynkiem do nauki.

Pierwsza praca, autorstwa Alicji Laskowskiej, analizuje poziom wiedzy uczniów młodzieży gimnazjalnej, uczęszczającej do kilku gimnazjów w powiecie jaworskim, na temat zaburzeń odżywiania. Zaburzenia odżywiania są szczególnie ważne w przypadku młodych, rozwijających się ludzi, gdyż mogą okazać wpływ na całe ich dalsze dorosłe życie. Często jednak młodzi ludzie mają duże deficyty wiedzy w tej kwestii, co potwierdzają wyniki przeprowadzonych badań własnych.

Druga praca, autorstwa Joanny Rychel, zajmuje się rzadko badaną tematyką profilaktyki raka jądra. Jest to nowotwór, o którym mówi się niezbyt często, chociaż stanowi on istotne i rosnące zagrożenie zdrowotne, szczególnie w odniesieniu do mężczyzn młodych. Autorka wskazuje na generalną niezajomość w społeczeństwie omawianego i badanego przez siebie zagadnienia.

Trzecia praca, której autorką jest Jolanta Małgorzata Czajkowska, zajmuje się problematyką prawa do godnego życia, umierania i naturalnej śmierci osób w podeszłym wieku. Obok rozważań natury etycznej, autorka przedstawia w niej wyniki badań własnych obejmujących różne aspekty życia osób starszych.

Ostatnią prezentowaną w niniejszym tomie pracą jest praca Barbary Podeszwy dotycząca jakości życia osób powyżej 65 roku życia, leczonych w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum Medycznym.

Wszystkie prace prezentowane są w wersji skróconej. Skróty dotyczą zasadniczo części teoretycznej, natomiast charakterystyka badań własnych została przedstawiona w całości.

Doc. dr Adam Klar
Doc. dr Ryszard Pękała

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO
ZDROWIA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek - najlepsza inwestycja

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY WYDZIAŁ PIELEŃNIARSTWA

Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomyślowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie Zawodowe Kadr Medycznych

Alicja Laskowska

Nr albumu: 2649

**Wiedza młodzieży gimnazjalnej z powiatu jaworskiego na
temat zaburzeń odżywiania**

Promotor: mgr Grażyna Zbieg

Legnica 2014

Spis treści

Wstęp	11
1. Nieprawidłowe odżywianie się młodych ludzi i jego przyczyny.....	11
2. Badania własne	13
2.1. Cel badań.....	13
2.2. Problemy i hipotezy badawcze	13
2.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze	15
2.4. Organizacja i przebieg badań.....	15
2.5. Charakterystyka badanej grupy	15
2.6. Wyniki badań własnych.....	16
2.7. Weryfikacja hipotez.....	29
3. Dyskusja	31
4. Wnioski.....	33
Zakończenie.....	33
Piśmiennictwo	35
Spis wykresów	37
Spis tabel.....	37
Załącznik nr 1. Ankieta dla młodzieży gimnazjalnej.....	38

Wstęp

Jednym z najważniejszych czynników prawidłowego rozwoju, zwłaszcza w okresie dojrzewania jest właściwe żywienie. Ma ono szczególne znaczenie dla utrzymania zdrowia w całym późniejszym życiu. Dzieci i młodzież w okresie szkolnym są narażone nawet na najmniejsze błędy w żywieniu. Racjonalna dieta w młodości jest warunkiem prawidłowego rozwoju i osiągnięcia optymalnej budowy ciała oraz rozwoju intelektualnego i emocjonalnego. Nieprawidłowości w sposobie odżywiania oraz nieodpowiednia jakość zdrowotna żywności stanowią przyczynę występowania wielu jednostek chorobowych (określanych jako żywieniowo-zależne, bądź dieto-zależne), hospitalizacji, a czasami również zgonów.

Tematem pracy jest podjęcie próby określenia zachowań żywieniowych oraz poziomu wiedzy młodzieży szkół gimnazjalnych w powiecie jaworskim w zakresie zaburzeń odżywiania. Autorka zdecydowała się na podjęcie tego zagadnienia ze względu na fakt zwiększającej się częstotliwości występowania tego problemu wśród dzieci i młodzieży oraz wcześniejsze, własne doświadczenia rodzinne.

W części opisowej pracy przedstawiono kompendium najważniejszych informacji dotyczących żywienia młodzieży, w tym roli pokarmu w funkcjonowaniu i rozwoju organizmu, zbilansowanej diety młodzieży oraz nieprawidłowości występujących w jej żywieniu. Autorka w tej części pracy dość szczegółowo opisała występujące coraz częściej w ostatnich dekadach zaburzenia stanu odżywiania i rozwoju młodzieży, takie jak anoreksja i bulimia, ale również zaburzenia niespecyficzne, takie jak ortoreksja czy permareksja, rzadziej występujące, ale również bardzo niebezpieczne dla zdrowia i życia. W części opisowej przedstawiono również rolę pielęgniarki szkolnej w profilaktyce tych zaburzeń.

W części badawczej autorka podjęła się wskazania odpowiedzi na pytanie, jaką wiedzę posiada młodzież szkół gimnazjalnych na temat opisanych zaburzeń odżywiania, przyczyn ich powstawania oraz skutków. Do przeprowadzenia badań wykorzystane zostały studia literaturowe, dostępne prace badawcze w tym zakresie oraz ankiety, które zostały skierowane do młodzieży wybranych szkół gimnazjalnych powiatu jaworskiego.

Celem głównym pracy było zaprezentowanie podstawowych zagadnień dotyczących odżywiania oraz zbadanie poziomu wiedzy młodzieży gimnazjalnej z powiatu jaworskiego na temat zaburzeń odżywiania.

1. Nieprawidłowe odżywianie się młodych ludzi i jego przyczyny

Do osób, które są najbardziej narażone na skutki niewłaściwego odżywiania należą głównie dzieci oraz młodzież. Zarówno niedobór, jak również nadmiar energii i składników pokarmowych w pożywieniu powodują zachwianie homeostazy procesów metabolicznych zachodzących w organizmie. Nieprawidłowe żywienie w okresie wzrostu i rozwoju organizmu może wpływać nie tylko na samopoczucie i stan zdrowia, ale także

może prowadzić do wielu poważnych konsekwencji w późniejszym okresie życia. Zwyczaje i nawyki żywieniowe kształtujące się najczęściej w młodym wieku, są bowiem bardzo trudne do zmiany w późniejszym okresie. Sytuacja pod kątem żywienia dzieci i młodzieży w Polsce, szczególnie w ostatnich latach pod wieloma względami jest niezadowalająca.

Diety młodego pokolenia są przeważnie nieprawidłowo zbilansowane i charakteryzują się zbyt dużą zawartością jednych składników pokarmowych, przy wyraźnych niedoborach innych. U dużej części młodzieży, szczególnie u chłopców stwierdza się nadmierne spożywanie żywności, przez co kaloryczność diety przekracza wydatek energetyczny. Małą wartość energetyczną diety przeważnie obserwuje się u dziewcząt ze starszych grup wiekowych, które często przeważnie dbając o zachowanie prawidłowej, szczupłej sylwetki celowo ograniczają ilość spożywanego pożywienia. Nieprawidłowe żywienie młodzieży wiąże się również ze zbyt dużym spożyciem tłuszczu, którego nadmiar w diecie wzrasta wraz z wiekiem, a szczególnie jest wyraźny u nastolatków [1].

Na nieprawidłowe zbilansowanie diety ogromny wpływ w populacji ludzi młodych ma również spożycie cukrów prostych, szczególnie dotyczy to sacharozy, której udział we wszystkich grupach wiekowych jest zbyt duży. Ma to związek przede wszystkim z częstym spożywaniem słodczy, występujących w jadłospisach wielu chłopców i dziewcząt. Istotnym źródłem cukru są słodzone napoje gazowane, soki i nektary owocowe. Głównymi ich konsumentami są zwłaszcza chłopcy ze starszych grup wiekowych. Trzeba również pamiętać, że owoce będące źródłem cukrów prostych – chociaż należą do produktów zalecanych, nie powinny być spożywane bez ograniczeń, zwłaszcza w przypadku dzieci z nadwagą i otyłością, które traktują je - kosztem warzyw, jako produkty zamienne [2].

Dieta młodzieży nie zawsze zawiera odpowiednią ilość błonnika, którego podstawowym źródłem są głównie produkty zbożowe i warzywa strączkowe. Zbyt mała zawartość błonnika wynika głównie z nieprawidłowego doboru spożywanych produktów. Młodzież przeważnie spożywa jasne pieczywo, rzadko ciemne, nie zastępuje również ziemniaków gruboziarnistymi kaszami lub pełnoziarnistym makaronem [3].

Często pomimo dużej wartości energetycznej całodziennego pożywienia młodych ludzi, ich racje pokarmowe charakteryzują się niestety małą zawartością niektórych składników mineralnych i witamin. W dietach każdej grupy wiekowej składnikiem niedoborowym najczęściej jest wapń, którego zapotrzebowanie na ten składnik już po 10. roku życia znacząco wzrasta. Mała zawartość wapnia wiąże się przede wszystkim z niewielkim spożyciem przez młodzież mleka i jego przetworów. Najczęściej spożywane jest mleko płynne, jednak w niewystarczających ilościach, rzadziej zaś spożywane są jogurty, które zawierają korzystną dla organizmu mikroflorę. Duża część młodych osób w ogóle unika spożywania zarówno mleka, jak również napojów mlecznych, rzadko spożywane są też sery, w tym bardziej preferowane są tłuste sery podpuszczkowe niż twarogowe [4]. Wady w żywieniu młodzieży wynikają również z nieregularnego

spożywania posiłków. Znaczna jej część nie spożywa drugiego śniadania i nie korzysta z innych posiłków w czasie pobytu w szkole. Jedynie część spożywa kolację, z posiłku tego rezygnują zwłaszcza dziewczęta. Pełnowartościowe posiłki często zastępowane są słodyczami i różnymi, mało wartościowymi przekąskami, jak chipsy i chrupki oraz słodkimi napojami gazowanymi [5].

Niewłaściwa dieta młodzieży z jednej strony stwarza ryzyko występowania niedoborów żywieniowych, z drugiej natomiast może sprzyjać rozwojowi nadwagi i otyłości, a w późniejszym okresie życia również innych przewlekłych chorób niezakaźnych [6].

2. Badania własne

2.1. Cel badań

Celem badań w niniejszej pracy jest próba określenia stanu wiedzy młodzieży, uczniów szkół gimnazjalnych powiatu jaworskiego na temat zaburzeń odżywiania, ich przyczyn, objawów i skutków.

2.2. Problemy i hipotezy badawcze

W badaniach własnych sformułowano **główny problem badawczy** w sposób następujący:

Czy młodzież gimnazjalna powiatu jaworskiego posiada odpowiednią wiedzę na temat zaburzeń odżywiania ich przyczyn, objawów i skutków?

Problem główny został przybliżony przez **problemy szczegółowe**:

1. Jaka jest wiedza gimnazjalistów na temat przyczyn zaburzeń odżywiania?
2. Czy młodzież gimnazjalna potrafi wskazać rodzaje zaburzeń odżywiania oraz wymienić ich objawy?
3. Czy młodzież gimnazjalna wie, jakie mogą być następstwa nieprawidłowego odżywiania się ?
4. Jak młodzież gimnazjalna ocenia poziom posiadanej przez siebie wiedzy w zakresie zaburzeń odżywiania i skąd najczęściej czerpie na ten temat informacje?
5. Czy poziom wiedzy gimnazjalistów z zakresu zaburzeń odżywiania związany jest z płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania uczniów?

Do wymienionych wyżej problemów sformułowano hipotezę główną oraz hipotezy szczegółowe.

Hipoteza główna: Młodzież gimnazjalna posiada ograniczoną wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, ich przyczyn, objawów oraz negatywnych następstw i potrzebuje jej wzbogacenia.

Hipotezy szczegółowe:

1. Zakłada się, że młodzież nie posiada dostatecznej wiedzy na temat przyczyn zaburzeń odżywiania.
2. Przypuszcza się, że uczniowie potrafią wskazać tylko niektóre rodzaje zaburzeń odżywiania oraz ich objawy.
3. Zakłada się, że młodzież gimnazjalna wie, jakie mogą być następstwa nieprawidłowego odżywiania się.
4. Respondenci słabo oceniają poziom swojej wiedzy z zakresu zaburzeń odżywiania a wiedza uczniów pochodzi głównie ze środków masowego przekazu.
5. Wiek, płeć, miejsce zamieszkania mają wpływ na poziom wiedzy respondentów, z zakresu zaburzeń odżywiania.

Ważnym i nieodzownym elementem badań są tzw. zmienne, umożliwiające pomiar badanych faktów i zjawisk. Zmienną może być każda cecha, właściwość przedmiotu lub zjawiska podlegająca zmianie i dająca się zmierzyć. W niniejszej pracy uwzględnione zostały zmienne zależne i niezależne. Zmienna zależna jest czynnikiem, co do którego istnieje prawdopodobieństwo, że podlega wpływom innych czynników, zwanych zmiennymi niezależnymi. Zmienną niezależną jest natomiast zmienna, która służy badaczowi do wyjaśnienia zmiany wartości zmiennej. Jest to przyczyna albo warunek, którą badacz określa lub stosuje w celu ustalenia wyniku.

Tabela 1. Zmienne zależne i niezależne w problemach badawczych

Problem badawczy	Zmienne niezależne	Zmienne zależne
Jaka jest wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat przyczyn zaburzeń odżywiania?	Badana populacja	Poziom wiedzy, źródła wiedzy
Czy młodzież gimnazjalna potrafi właściwie rozróżnić i wskazać rodzaje zaburzeń odżywiania oraz ich objawy?	Badana populacja	Poziom wiedzy, źródła wiedzy
Czy młodzież gimnazjalna wie, jakie mogą być następstwa nieprawidłowego odżywiania się?	Badana populacja	Poziom wiedzy
Jak respondenci oceniają poziom swojej wiedzy z zakresu zaburzeń odżywiania, oraz skąd najczęściej czerpie na ten temat swoją wiedzę?	Postawa wobec odżywiania	Poziom wiedzy, źródła wiedzy
Czy wiek, płeć i miejsce zamieszkania mają wpływ na poziom wiedzy respondentów z zakresu zaburzeń odżywiania?	Wiek, płeć, miejsce zamieszkania	Poziom wiedzy

Źródło: opracowanie własne

2.3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Warunkiem rzetelnych badań obok poprawnie sformułowanych problemów i hipotez jest dobór odpowiednich metod, technik i narzędzi badawczych. W badaniach prowadzonych w ramach niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego [7]. Metoda warunkuje i określa dobór odpowiednich technik badawczych. Dla potrzeb niniejszej pracy zastosowano ankietę skategoryzowaną, jako sposób bezpośredniego zdobycia informacji poprzez pytania postawione wybranym osobom. Narzędziem, które wykorzystano w pracy był kwestionariusz ankiety dla uczniów szkół gimnazjalnych (Aneks nr 1). Kwestionariusz został opracowany w taki sposób, aby w miarę dokładnie określić poziom wiedzy gimnazjalistów na wybrany temat. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Ankieta składała się z 23 pytań, które dotyczyły:

Danych osobowych – z uwzględnieniem płci, wieku i miejsca zamieszkania.

- Wagi i wzrostu.
- Przyczyn i objawów zaburzenia odżywiania
- Oznak poszczególnych zaburzeń ożywiania: anoreksji, bulimii i jedzenia kompulsywnego.
- Skutków i następstw zaburzeń odżywiania.
- Znaczenia wyglądu fizycznego w życiu.
- Oceny sposobu żywienia, problemów z odżywianiem.
- Wiedzy dotyczącej zaburzeń odżywiania.
- Źródeł czerpania informacji na temat zaburzeń odżywiania.

Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu Microsoft Excel.

2.4. Organizacja i przebieg badań

Pracę badawczą rozpoczęto od przestudiowania literatury przedmiotu oraz przygotowania podstaw prowadzonych badań własnych. Kolejnym etapem był dobór metody i techniki oraz opracowania narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety. Następnie zwrócono się z pismem do dyrektorów gimnazjów na terenie powiatu jaworskiego o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań oraz określenie populacji wiekowej, do której zostanie skierowana ankieta. Dyrektorzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań w kierowanych przez nich szkołach. Badania przeprowadzone zostały w miesiącu czerwcu 2014 r.

2.5. Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objętych zostało łącznie 255 uczniów klas drugich i trzecich szkół gimnazjalnych powiatu jaworskiego: Gimnazjum nr 1 w Jaworze, Gimnazjum im.

Rycerstwa Polskiego w Bolkowie, Gimnazjum w Budziszowie Wielkim, Gimnazjum im. Janusza Kusocińskiego w Wiadrowie oraz Gimnazjum im. Władysława Stanisława Reymonta w Marcinowicach.

Tabela 2. Charakterystyka metrykalna badanej młodzieży

Płeć			
Dziewczęta	Chłopcy		Ogółem
140	115		255
Płeć i miejsce zamieszkania			
Płeć	Miasto	Wieś	Ogółem
Dziewczęta	50	90	140
Chłopcy	46	69	115
Ogółem	96	159	255
Wiek			
14 lat	15 lat	16 lat	17 lat
6	84	156	9

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie 54,9% osób stanowiły dziewczęta, 45,1% – chłopcy. Z miasta pochodziło 37,6% ogółu badanych, ze wsi – 62,4%. Wiek respondentów mieścił się w przedziale od 14 do 17 lat. Najliczniejszą grupę badanych stanowili uczniowie w wieku 16 lat (61,2% badanych).

2.6. Wyniki badań własnych

Badania przeprowadzone przez autorkę pracy pozwoliły określić poziom wiedzy młodzieży szkół gimnazjalnych oraz jej zwyczaje żywieniowe. Uzyskane wyniki potwierdzają znajomość problemu zaburzeń odżywiania, ich przyczyn oraz skutków.

Jedno z pytań ankiety dotyczyło wzrostu i wagi respondentów. Wykorzystując uzyskane dane (tabela 1), dla każdej ankietowanej osoby wyliczony został wskaźnik BMI [2], a następnie uzyskane wyniki zakwalifikowane zgodnie z klasyfikacją stanu odżywiania [8].

Tabela 3. Charakterystyka wagi ciała w badanej grupie młodzieży (według płci)

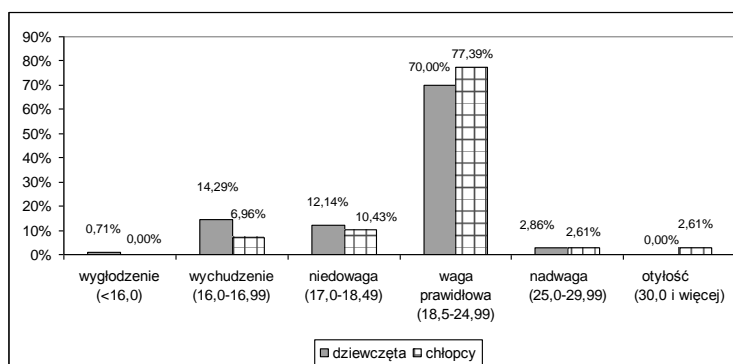
Ocena wagi ciała	Dziewczęta	Chłopcy	Ogółem
Wyglodzenie (<16,0)	1	0	1
Wychudzenie (16,0-16,99)	20	8	28
Niedowaga (17,0-18,49)	17	12	29
Waga prawidłowa (18,5-24,99)	98	89	187
Nadwaga (25,0-29,99)	4	3	7
Otyłość (30,0 i więcej)	0	3	3
Ogółem	140	115	255

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że wśród badanych prawidłową masę ciała miało 187 osób, tj. 73,33% wszystkich ankietowanych uczniów (98 dziewcząt, 89 chłopców). W pozostałej grupie ankietowanych stwierdzono:

- otyłość pierwszego stopnia – 3 osoby (1,18% ogółu badanych);
- nadwagę – 7 osób (2,74%);
- niedowagę – 29 osób (11,38%);
- wychudzenie – 28 osób (10,98%);
- wyglodzenie (BMI < 15) – 1 osoba (0,39%).

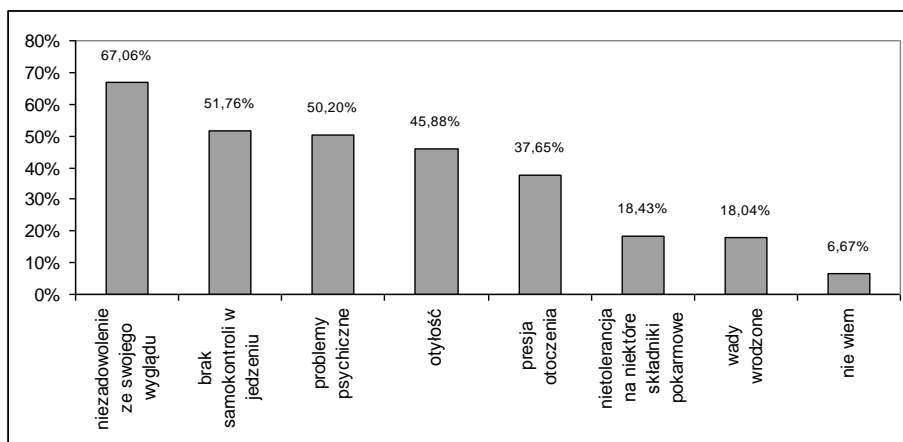
Uzyskane dane wskazują, że wśród młodzieży gimnazjalnej powiatu jaworskiego problem nadwagi i otyłości jest dość znikomy (dotyczy tylko około 4% badanych osób), natomiast zauważalnym problemem jest niedowaga i wychudzenie (dotyczy około 22% ogółu badanych), szczególnie w grupie dziewcząt. W grupie osób o wadze prawidłowej znaczącą przewagę nad dziewczętami mieli chłopcy (77,4% ogółu chłopców, 70% ogółu dziewcząt) – wykres 1.

**Wykres 1. Charakterystyka wagi ciała w badanej grupie młodzieży (według płci)**

Źródło: opracowanie własne

Kolejnym badanym zagadnieniem były możliwe przyczyny zaburzeń odżywiania. Na pytanie to ankietowani mogli udzielić więcej niż jedną odpowiedź; łącznie udzielonych zostało 754 odpowiedzi.

Spośród przyczyn zaburzeń odżywiania badani najczęściej wskazywali, że przyczyną zaburzeń odżywiania jest: niezadowolenie z własnego wyglądu – 171 osób, brak samokontroli w jedzeniu – 132 osoby, problemy psychiczne – 128 osób, otyłość – 117 osób oraz presja otoczenia – 96 osób. Nieco mniej uczniów wskazało na nietolerancję na niektóre składniki pokarmowe – 47 osób i na wady wrodzone – 46 osób. Tylko 17 osób nie wiedziało, jakie mogą być przyczyny zaburzeń odżywiania – wykres 2.

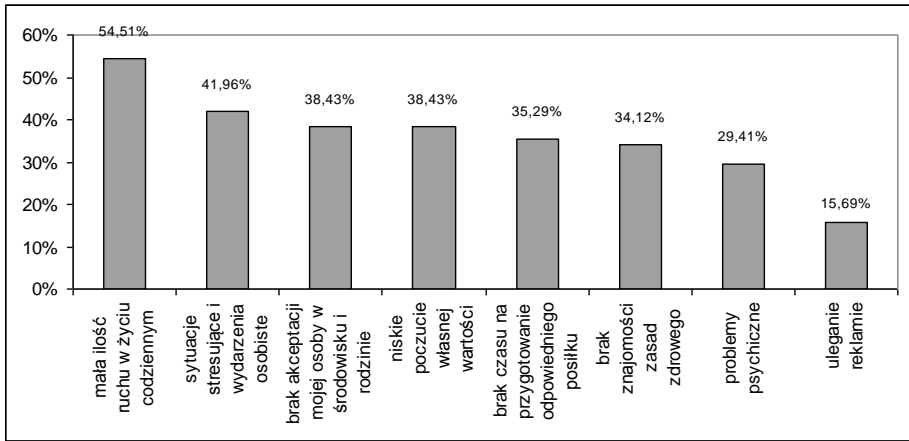


Wykres 2. Możliwe przyczyny zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

Następne pytanie miało na celu wskazanie, jakie przyczyny zaburzeń odżywiania respondenci uważają za najbardziej istotne. W pytaniu tym wskazano nieco inną kategorie odpowiedzi, aniżeli w pytaniu poprzednim.

Łącznie na to pytanie ankietowani udzielili 659 odpowiedzi. Do najważniejszych przyczyn zaburzeń odżywiania badani zaliczyli: małą ilość ruchu w życiu codziennym (139 odpowiedzi), sytuacje stresujące i wydarzenia osobiste (107 odpowiedzi) oraz brak akceptacji w środowisku i rodzinie, a także niskie poczucie własnej wartości (po 98 odpowiedzi). Najmniejszą liczbę wskazań uzyskało uleganie reklamie (40 osób) – wykres 3.

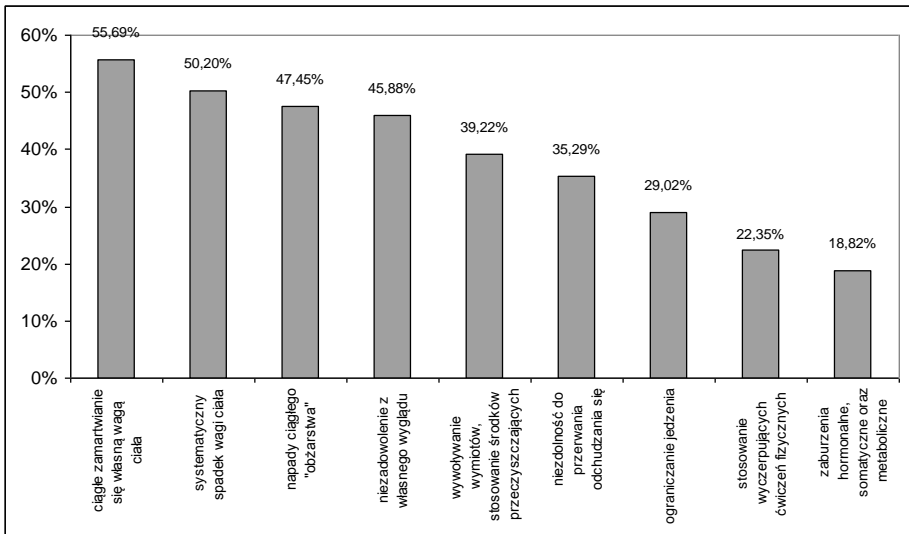


Wykres 3. Najważniejsze przyczyny zaburzeń odżywiania w opinii respondentów

Źródło: opracowanie własne

W dalszym ciągu badań własnych ustalono stan wiedzy uczniów na temat znanych im objawów zaburzeń odżywiania.

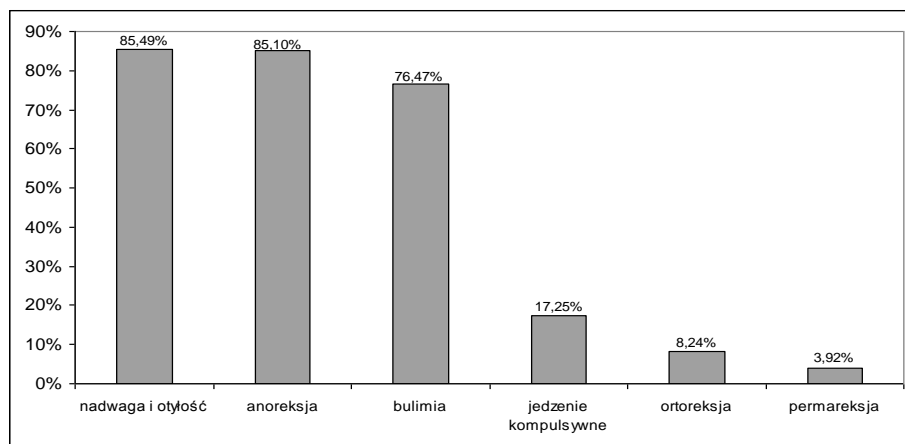
Ciągle zamartwianie się własną wagą (142 odpowiedzi), systematyczny spadek wagi ciała (128 odpowiedzi), napady nagłego „obżarstwa” (121 odpowiedzi) oraz niezadowolenie z własnego wyglądu (117 odpowiedzi) to zdaniem respondentów podstawowe objawy wskazujące na możliwość występowania zaburzeń odżywiania. Udzielone odpowiedzi wskazują, że młodzież gimnazjalna potrafi właściwie rozpoznać objawy zaburzeń odżywiania – wykres 4.



Wykres 4. Objawy zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

Kolejne pytanie miało na celu zbadanie stanu wiedzy respondentów na temat zaburzeń odżywiania. Łącznie udzielono 705 odpowiedzi. Najbardziej znanymi i rozumianymi przez badanych zaburzeniami odżywiania okazały się: nadwaga i otyłość (218 odpowiedzi), anoreksja (217 odpowiedzi) oraz bulimia (195 odpowiedzi). Najmniej znanymi zaburzeniami odżywiania przez ankietowanych były permareksja (tylko 10 odpowiedzi) oraz ortoreksja (21 odpowiedzi). Jedna z badanych osób nie potrafiła wskazać żadnego zaburzenia odżywiania – wykres 5.

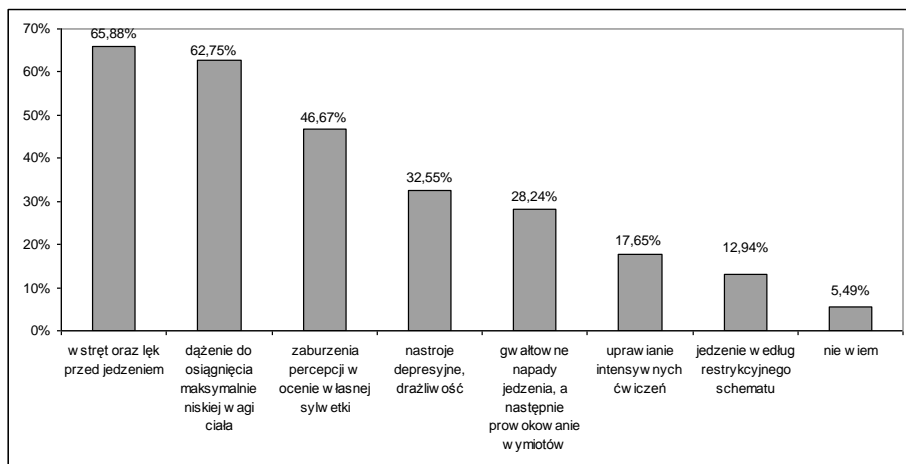


Wykres 5. Znajomość zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

Chociaż wielu ankietowanych w udzielonych przez siebie odpowiedziach stwierdziło, że rozumie istotę poszczególnych zaburzeń odżywiania, jednakże później niektóre z tych osób nie potrafiły wskazać prawidłowo objawów tych zaburzeń. Kilkoro ankietowanych uczniów, przyznając, że nie rozumieją na czym polegają poszczególne zaburzenia odżywiania, przy udzielaniu odpowiedzi na kolejne trzy pytania dotyczące objawów wybranych zaburzeń odżywiania (anoreksja, bulimia, jedzenie kompulsywne) prawidłowo wskazało te objawy.

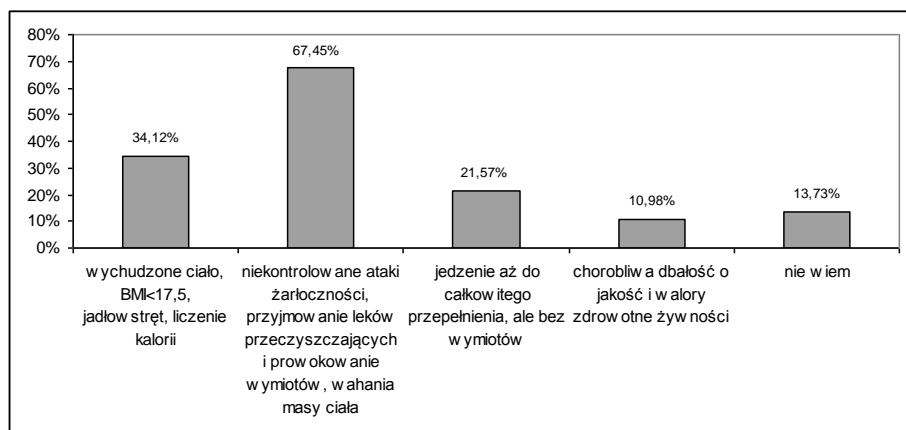
W odpowiedzi na pytanie dotyczące oznak anoreksji udzielono 694 odpowiedzi. Ankietowani w zasadzie potrafili właściwie wskazać objawy będące oznakami anoreksji. Do głównych objawów zaliczyli przede wszystkim: wstręt oraz lęk przed jedzeniem (168 odpowiedzi), dążenie do osiągnięcia maksymalnie niskiej wagi ciała (160 odpowiedzi) oraz zaburzenia percepcji w ocenie własnej sylwetki (119 odpowiedzi). W badanej grupie 14 osób nie potrafiło wskazać oznak anoreksji. Należy także zauważyć, że ankietowani dość często mylili objawy anoreksji z objawami bulimii: aż 72 osoby wskazały na taki objaw bulimii, jak gwałtowne napady jedzenia, a następnie prowokowanie wymiotów – wykres 6.



Wykres 6. Oznaki anoreksji

Źródło: opracowanie własne

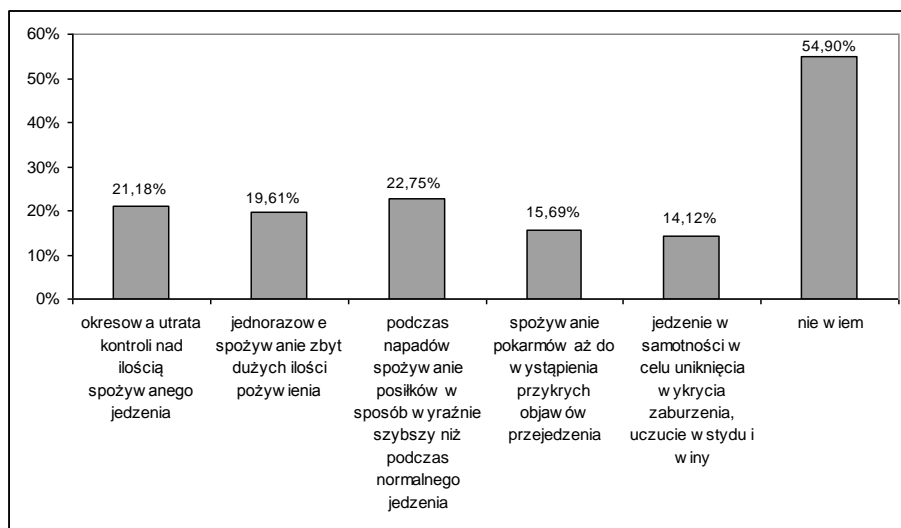
W kafeerii do pytania dotyczącego objawów wskazujących na oznaki bulimii tylko jedna odpowiedź była prawidłowa, a mianowicie: niekontrolowane ataki żarłoczości, przyjmowanie leków przeczyszczających i prowokowanie wymiotów, wahania masy ciała; odpowiedź taką wybrały 172 osoby. Z kolei 87 osób pomyliło objawy bulimii z objawami anoreksji (wychudzone ciało, BMI zazwyczaj niższe niż 17,5, jadłowstręt psychiczny, liczenie kalorii), 28 osób – z objawami ortoreksji (chorobliwa dbałość o jakość i walory zdrowotne żywności), 55 osób – z objawami jedzenia kompulsywnego (jedzenie aż do całkowitego przepełnienia, ale bez wymiotów). Nie znalazło odpowiedzi 35 osób. Łącznie udzielono 377 odpowiedzi – wykres 7.



Wykres 7. Oznaki bulimii

Źródło: opracowanie własne

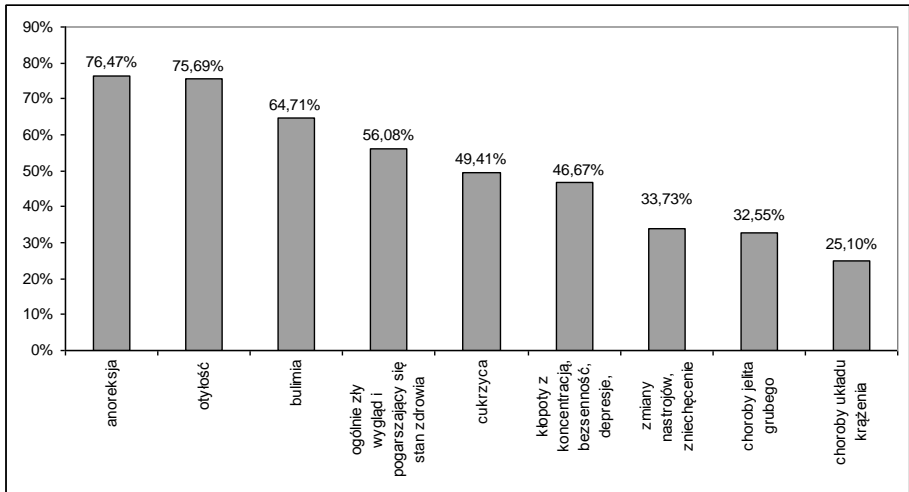
Odpowiedzi udzielone przez badanych, dotyczące jedzenia kompulsywnego (łącznie udzielono 378 odpowiedzi) wskazują, że zaburzenie to jest dla nich mało znanym i trudno rozpoznawalnym. Aż 140 badanych osób nie wie jakie są objawy tego zaburzenia. Pozostali ankietowani wskazali głównie na następujące jego objawy: okresowa utrata kontroli nad ilością spożywanego jedzenia (58 odpowiedzi) oraz spożywanie posiłków w sposób wyraźnie szybszy niż podczas normalnego jedzenia (54 odpowiedzi). Aż 40 ankietowanych uczniów, pomimo że w odpowiedzi na pytanie dotyczące znajomości zaburzeń odżywiania twierdziło, że rozumie na czym polega jedzenie kompulsywne, tutaj wskazało na objawy będące oznaką bulimii: spożywanie pokarmów aż do wystąpienia przykrych objawów przejedzenia – wykres 8.



Wykres 8. Oznaki jedzenia kompulsywnego

Źródło: opracowanie własne

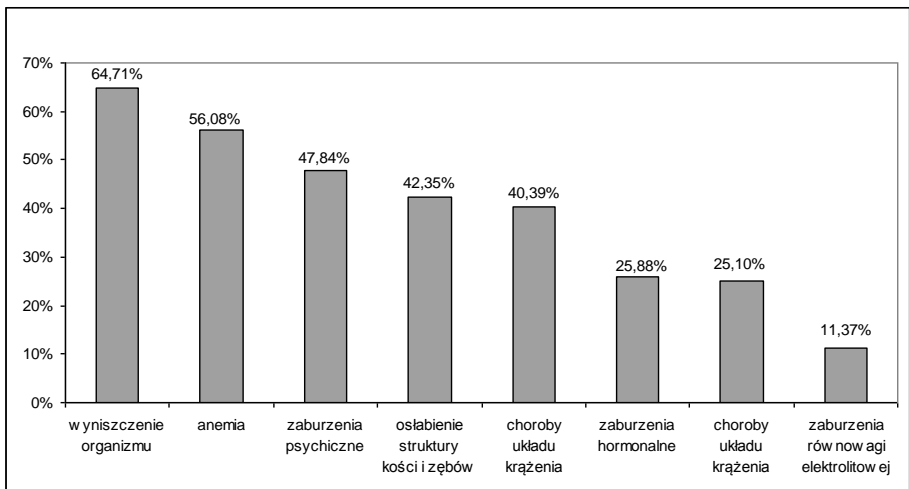
Kolejne pytanie dotyczyło skutków wynikających z zaburzeń odżywiania. Na pytanie to ankietowani udzielili aż 1174 odpowiedzi. Wśród nich najczęściej wymieniano: anoreksję (195 odpowiedzi), otyłość (193 odpowiedzi) oraz bulimię (165 odpowiedzi). Ankietowani często też wskazywali na ogólny zły wygląd i pogarszający się stan zdrowia (143 odpowiedzi). Ankietowani udzielali przeważnie po kilka odpowiedzi (6-8), co oznacza, że posiadają dość dużą wiedzę na temat przyczyn zaburzeń odżywiania. Kilku ankietowanych nie potrafiło jednak wskazać w ogóle, jakie skutki mogą wynikać z zaburzeń odżywiania – wykres 9.



Wykres 9. Skutki wynikające z zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

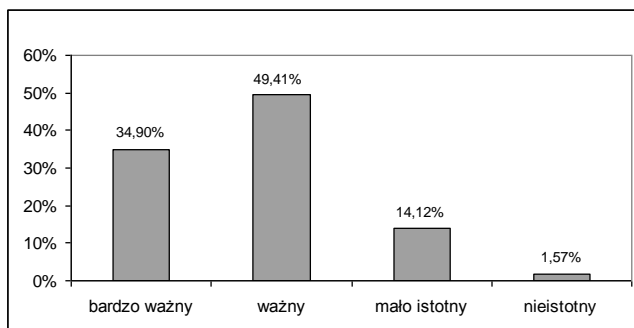
Na pytanie dotyczące najgroźniejszych dla zdrowia następstw zaburzeń odżywiania ankietowani udzielili 765 odpowiedzi, wskazując po kilka ich rodzajów. Za najgroźniejsze dla zdrowia badani uważają: wyniszczenie organizmu (165 odpowiedzi), anemię (143 odpowiedzi) oraz zaburzenia psychiczne (122 odpowiedzi). Do najmniej groźnych zaliczyli: zaburzenia równowagi elektrolitowej oraz zachowania impulsywne (po 29 odpowiedzi). Ankietowani podobnie jak w pytaniu dotyczącym skutków zaburzeń, udzielali przeważnie po 6-8 odpowiedzi, co oznacza, że posiadają dość dużą wiedzę na temat ewentualnych następstw zaburzeń odżywiania – wykres 10.



Wykres 10. Najgroźniejsze dla zdrowia następstwa zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

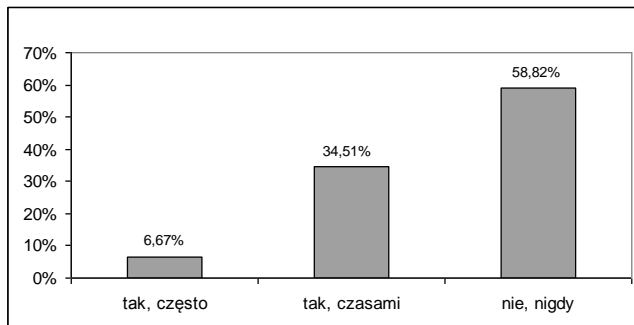
Kolejne pytanie ankiety miało na celu wyjaśnienie, jakie znaczenie dla badanych ma wygląd, na ile jest ważny w ich życiu. Ogromna większość osób badanych wskazała, że wygląd w ich życiu jest ważny (126 odpowiedzi) oraz bardzo ważny (89 odpowiedzi). Tylko 4 osoby były zdania, że wygląd dla nich jest mało istotny – wykres 11.



Wykres 11. Znaczenie wyglądu fizycznego w życiu

Źródło: opracowanie własne

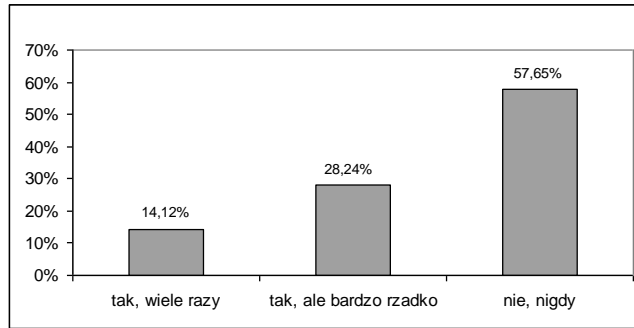
Na pytanie dotyczące problemów z odżywianiem, 150 badanych uczniów stwierdziło, że nigdy nie miało z tym problemów, na częste problemy wskazało 17 osób, natomiast na pojawiające się ich od czasu do czasu – 88 osób – wykres 12.



Wykres 12. Problemy z odżywianiem

Źródło: opracowanie własne

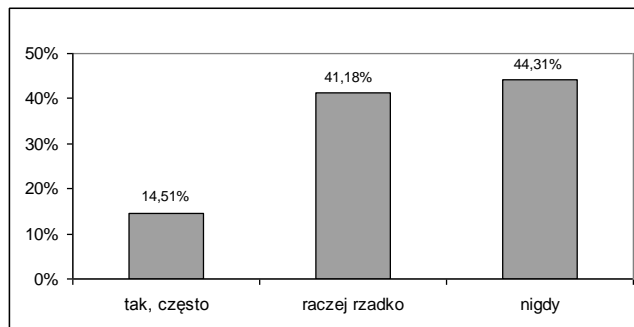
Na pytanie dotyczące stosowania diety aż 147 ankietowanych odpowiedziało, że nigdy nie stosowało żadnej diety. Odpowiedzi pokrywają się z wynikami odpowiedzi udzielonych na wcześniejsze pytanie dotyczące braku problemów z odżywianiem. Natomiast 36 ankietowanych stwierdziło, że wiele razy stosowało jakąś dietę, natomiast 72 osoby przyznały, że stosowało dietę, ale bardzo rzadko – wykres 13.



Wykres 13. Stosowanie diety

Źródło: opracowanie własne

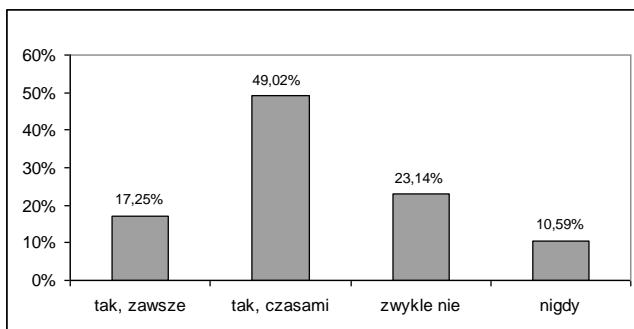
Na pytanie dotyczące obsesyjnego myślenia o jedzeniu, 113 badanych stwierdziło, że nigdy nie zdarzyło im się obsesyjnie myśleć o jedzeniu, a 105 ankietowanych osób raczej rzadko myślało o jedzeniu. Tylko 37 osób przyznało się do częstych myśli o jedzeniu – wykres 14.



Wykres 14. Obsesyjne myślenie o jedzeniu

Źródło: opracowanie własne

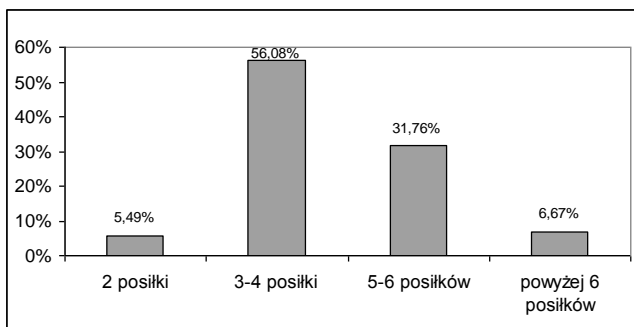
Regularnie spożywają posiłki tylko 44 osoby, na nieregularne spożywanie posiłków wskazało 125 osób, nieregularnie spożywa posiłki 59 osób, natomiast 27 osób spożywa je bez przestrzegania jakiegokolwiek regularności – wykres 15.



Wykres 15. Regularne spożywanie posiłków

Źródło: opracowanie własne

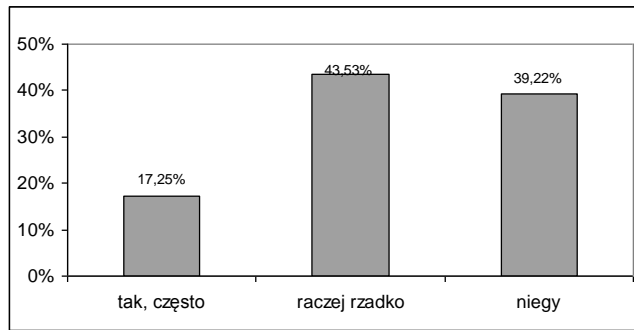
Większość ankieterów spożywa powyżej 3-4 posiłków dziennie (143 osoby), dwa posiłki dziennie spożywa jedynie 14 osób – wykres 16.



Wykres 16. Liczba spożywanych dziennie posiłków

Źródło: opracowanie własne

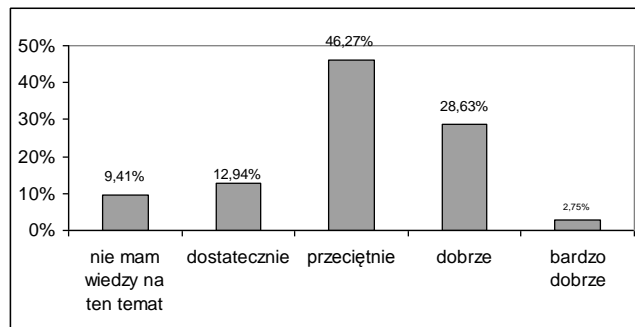
Na pytanie o to, czy po spożyciu posiłku pojawia się żal, że za dużo się zjadło, 100 uczniów odpowiedziało, że nigdy nie mieli takiego odczucia, u 111 osób takie odczucie pojawiało się raczej rzadko, natomiast 44 osoby przyznały, że taki żal pojawia się u nich często – wykres 17.



Wykres 17. Samopoczucie po spożyciu posiłku

Źródło: opracowanie własne

Na pytanie o ocenę własnej wiedzy na temat zaburzeń odżywiania, 118 ankietowanych uczniów oceniło ją jako przeciętną, 73 osoby jako dobrą, 7 osób jako bardzo dobrą, natomiast 24 osoby uznały, że w ogóle nie posiadają wiedzy na ten temat – wykres 18.

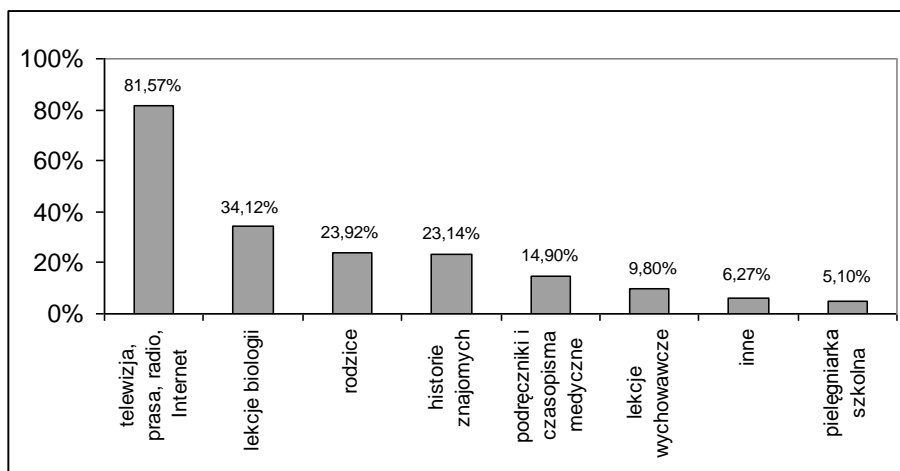


Wykres 18. Poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

Kolejne pytanie dotyczyło źródeł, z których uczniowie czerpią informacje na temat zaburzeń odżywiania. Łącznie udzielono 507 odpowiedzi.

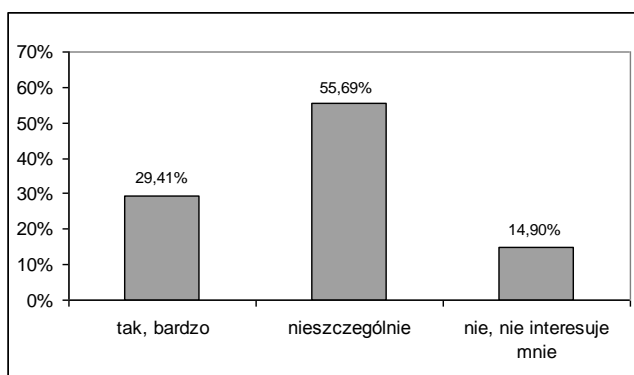
Największą grupę ankietowanych (208 osób) stanowiły osoby czerpiące swoją wiedzę głównie z mediów: telewizji, prasy, radio i Internetu. Najmniej ankietowanych informacje czerpało od pielęgniarki szkolnej (13 osób). Oprócz wymienionych w kafeterii źródeł, ankietowani (16 osób) wskazali też inne, dodatkowe źródła, z których uzyskują wiedzę na temat zaburzeń odżywiania: trener, koledzy w siłowni, znajomi, własne doświadczenia oraz dietetyk – wykres 19.



Wykres 19. Źródła informacji na temat zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

W ostatnim pytaniu kwestionariusza ankiety respondenci zostali zapytani o chęć wzbogacenia swojej wiedzy w zakresie zaburzeń odżywiania. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że pomimo wagi problemu jakim są zaburzenia odżywiania, tylko 75 osób jest bardzo zainteresowanych wzbogacaniem swojej wiedzy w tym zakresie. Natomiast nieszczerólnie zainteresowanych jest aż 142 ankietowanych, a 38 osób w ogóle nie jest zainteresowanych tym tematem i poszerzaniem swojej wiedzy – wykres 20.



Wykres 20. Chęć wzbogacenia wiedzy na temat zaburzeń odżywiania

Źródło: opracowanie własne

2.7. Weryfikacja hipotez

W dalszej części postępowania badawczego sformułowane wstępnie hipotezy poddano weryfikacji.

Hipoteza nr 1.

W celu weryfikacji hipotezy nr 1 (*młodzież nie posiada dostatecznej wiedzy na temat przyczyn zaburzeń odżywiania*), dokonano analizy pytania nr 5 i 6, w których badani mieli wskazać przyczyny zaburzeń odżywiania oraz zaznaczyć ich zdaniem te najistotniejsze. Badani potrafili wskazać wiele przyczyn zaburzeń odżywiania. Wskazane przez badanych przyczyny to przede wszystkim: niezadowolenie z własnego wyglądu, brak samokontroli w jedzeniu, problemy psychiczne, presja otoczenia. Tylko nieliczne osoby nie wiedziały, jakie mogą być przyczyny zaburzeń odżywiania.

Uzyskane odpowiedzi potwierdzają, że młodzież w dużej większości dobrze rozumie na czym polegają zaburzenia odżywiania i potrafi określić przyczyny ich powstawania oraz wymienić te najistotniejsze – wbrew hipotezie. Postawiona przez autora teza nie została zatem potwierdzona.

Hipoteza nr 2.

W celu weryfikacji kolejnej hipotezy (*przypuszcza się, że uczniowie potrafią wskazać tylko niektóre rodzaje zaburzeń odżywiania oraz ich objawy*), analizie poddano pytanie od nr 7 do 11, w których badani mieli stwierdzić, czy rozumieją na czym polegają zaburzenia odżywiania, zaznaczyć ich objawy oraz określić, na czym polegają poszczególne zaburzenia. Najbardziej znanymi i rozumianymi przez badanych zaburzeniami odżywiania były: nadwaga i otyłość, anoreksja oraz bulimia. Najmniej znanym zaburzeniem odżywiania przez ankietowanych była permareksja. Ciągłe zamartwianie się własną wagą, systematyczny spadek wagi ciała, napady nagłego „obżarstwa” oraz niezadowolenie z własnego wyglądu to zdaniem respondentów podstawowe objawy wskazujące na możliwość zaburzeń odżywiania.

Udzielone odpowiedzi wskazują, że młodzież potrafi wskazać podstawowe, specyficzne zaburzenia odżywiania oraz właściwie rozpoznać objawy ich zaburzeń. Postawiona przez autora teza została w zdecydowanej części potwierdzona.

Hipoteza nr 3.

W celu weryfikacji hipotezy nr 3 (*zakłada się, że młodzież gimnazjalna wie, jakie mogą być następstwa nieprawidłowego odżywiania się*), analizie poddane zostało pytanie nr 12 i 13, w których badani mieli wskazać, jakie skutki mogą wynikać z zaburzeń odżywiania oraz, które z nich uważane są za najgroźniejsze. Wśród nich najczęściej wymieniano: anoreksję, otyłość, jak również cukrzycę, kłopoty z koncentracją oraz ogólny zły wygląd i pogarszający się stan zdrowia. Do najgroźniejszych badani zaliczyli: wyniszczenie organizmu, anemię oraz zaburzenia psychiczne.

Uzyskane wyniki oznaczają, że młodzież gimnazjalna posiada dość dużą wiedzę na temat następstw zaburzeń odżywiania. Postawiona przez autora teza została w badaniach potwierdzona.

Hipoteza nr 4.

W celu weryfikacji hipotezy nr 4 (*respondenci słabo oceniają poziom swojej wiedzy z zakresu zaburzeń odżywiania a wiedza uczniów pochodzi głównie ze środków masowego przekazu*), analizie poddano pytanie nr 21 i 22, w których badani mieli ocenić swoją wiedzę na temat zaburzeń odżywiania i wskazać, skąd czerpią dane na ten temat.

Prawie połowa ankietowanych swoją wiedzę o przyczynach zaburzeń odżywiania uważa jako przeciętną, prawie co jedenasta osoba natomiast stwierdziła, że w ogóle nie posiada wiedzy na ten temat. Tylko nieliczne osoby uważają swoją wiedzę jako bardzo dobrą. Swoją wiedzę badani uczniowie najczęściej czerpali z mediów: telewizji, prasy, radia i Internetu, natomiast najmniej ankietowanych informacje czerpało od pielęgniarki szkolnej.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że młodzież gimnazjalną raczej słabo ocenia swoją wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, a informacje pozyskuje głównie ze środków masowego przekazu. Postawiona w badaniach teza została potwierdzona.

Hipoteza nr 5.

W celu weryfikacji hipotezy nr 5 (*wiek, płeć, miejsce zamieszkania mają wpływ na poziom wiedzy respondentów z zakresu zaburzeń odżywiania*), dokonano szczegółowej analizy wszystkich udzielonych odpowiedzi po kątem wieku, płci i miejsca zamieszkania respondentów. Uzyskane wyniki potwierdzają, że wiedza młodzieży gimnazjalnej na temat zaburzeń odżywiania jest dość zróżnicowana. Lepszą znajomością zaburzeń odżywiania wykazały się dziewczęta (w porównaniu z chłopcami), a młodzież zamieszkująca wieś udzielała bardziej trafnych odpowiedzi niż młodzież pochodząca z miasta. Brakiem znajomości wykazali się głównie chłopcy mieszkający w mieście. Najwyższy poziom wiedzy prezentowała młodzież w wieku 15 lat. Uzyskane wyniki potwierdzają, że płeć, wiek i miejsce zamieszkania respondentów znacząco wpływają na poziom wiedzy. Postawiona teza przez autora została potwierdzona.

Uzyskane przez autorkę wyniki badań potwierdzają, że w większości młodzież gimnazjalna dość dobrze rozumie, na czym polegają zaburzenia odżywiania. Potrafi ona w miarę dokładnie określić rodzaje zaburzeń odżywiania i przyczyny ich powstawania. Wie także, jakie skutki mogą one wywoływać i potrafi dość precyzyjnie określić, które z nich są najgroźniejsze.

Hipoteza główna (*młodzież gimnazjalna posiada ograniczoną wiedzę na temat zaburzeń odżywiania, ich przyczyn, objawów oraz negatywnych następstw i potrzebuje jej wzbogacenia*) przyjęta w niniejszej pracy została zatem potwierdzona.

3. Dyskusja

Jednym z najważniejszych czynników środowiskowych mających wpływ na rozwój fizyczny i stan zdrowia młodzieży jest prawidłowe odżywianie. Młody wiek sprzyja kształtowaniu określonych zachowań żywieniowych, których skutki mogą być odczuwane przez całe życie. Odżywianie nastolatków cechuje wiele błędów żywieniowych. Wyuczzone i powtarzane złe nawyki w konsekwencji odpowiadają za typowe dla nich problemy zdrowotne. Populacja w wieku rozwojowym może specyficznie reagować nawet na bardzo małe błędy żywieniowe zaburzeniami, zarówno w rozwoju psychicznym, jak i fizycznym.

W ostatniej dekadzie bardzo dużym problemem zarówno medycznym, jak i społecznym są zaburzenia odżywiania, które zostały sklasyfikowane w ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób). Zaburzenia te dzielimy na specyficzne i niespecyficzne. Obejmują one zarówno otyłość, nadwagę, jak również różne rodzaje niedożywienia [8].

Badania zostały celowo przeprowadzone w grupie gimnazjalistów, ponieważ populacja ta jest w sposób szczególny narażona na występowanie zaburzeń odżywiania. Wśród dostępnej literatury i prac badawczych jest bardzo wiele pozycji dotyczących samych zaburzeń odżywiania, ich przyczyn oraz sposobu leczenia. Bardzo mało natomiast jest publikacji omawiających szczegółowo poziom wiedzy młodzieży na ten temat. Dlatego zagadnienie to autorka pracy uznała za interesujące i warte poddania badaniom.

Uzyskane z przeprowadzonych przez autorkę badań wyniki potwierdzają, że w większości młodzież gimnazjalna dość dobrze rozumie na czym polegają zaburzenia odżywiania. Potrafi ona w miarę dokładnie określić rodzaje zaburzeń odżywiania i przyczyny ich powstawania. Wie także, jakie skutki mogą one wywoływać i potrafi dość precyzyjnie określić, które z nich są najgroźniejsze. Według badanych, najistotniejszymi przyczynami zaburzeń odżywiania jest mała ilość ruchu w życiu codziennym oraz sytuacje stresujące i osobiste wydarzenia. Największą wiedzę badani posiadali w zakresie specyficznych zaburzeń odżywiania – anoreksji (prawie 31% badanych) i bulimii oraz nadwagi o otyłości. Za najgroźniejsze dla zdrowia następstwa tych zaburzeń badani uznali: wyniszczenie organizmu, anemię oraz zaburzenia psychiczne.

Dla bardzo dużej części (ponad 80% badanych) wygląd fizyczny jest ważny albo bardzo ważny, ma duże znaczenie i wskazywany jest jako jedna z głównych przyczyn mogących wywoływać zaburzenia odżywiania. Aż 42% przyznało, że miało problemy z odżywianiem. Podobna też liczba badanych stwierdziła, że wiele razy stosowała różne diety, a prawie 30% respondentów stwierdziło, że stosowało dietę, ale bardzo rzadko. Ponad połowa badanych (55%) myśli obsesyjnie o jedzeniu rzadko lub często. O stałych porach spożywa regularnie posiłki jedynie 17% ankietowanych, natomiast 49% spożywa regularnie posiłki czasami. Większość badanych spożywa dziennie powyżej 3-4 posiłków. Jedynie 5% badanej populacji stwierdziło, że dziennie spożywa dwa lub mniej posiłków. Aż 59% badanych uznało, że ich poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania jest

dostateczny lub przeciętny. Badana młodzież gimnazjalna swoją wiedzę na temat zaburzeń odżywiania pozyskuje głównie z mediów (41%) i lekcji biologii. Najmniej informacji młodzież uzyskuje od pielęgniarki szkolnej (3%). Pomimo, że młodzież uważa zaburzenia odżywiania za istotny czynnik, mający wpływ na ich zdrowie i życie, to tylko 29% badanych wykazała większą chęć wzbogacenia wiedzy na ten temat.

Z badań przeprowadzonych przez innych autorów, w tym Ziore K. i wsp., wynika, podobnie jak w niniejszej pracy, że wiedza młodych ludzi na temat zaburzeń odżywiania jest duża i pochodzi głównie ze środków masowego przekazu. Trochę odmiennie natomiast, w badaniach przeprowadzonych przez Edera P. i wsp. podniesiono, że wiedza ta jest dość ograniczona, niepełna, szczególnie w grupie chłopców, jednakże chęć uzyskania rzetelnych informacji, szczególnie dotyczących anoreksji lub bulimii i zainteresowanie tą problematyką jest bardzo duże [9]. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają znaczne zapotrzebowanie na wszelkiego rodzaju inicjatywy mające na celu szerzenie wśród młodzieży wiedzy na ten temat. Zainteresowanie powyższą tematyką uczniów klas, w których akcja taka miała już miejsce, potwierdza wielką wagę zagadnienia oraz konieczność jej dalszej realizacji. Również Świdorska-Kopacz J. i wsp. w swoich badaniach zwróciła uwagę na potrzebę podejmowania działań edukacyjno-oświatowych wśród młodzieży, jak również wśród rodziców i nauczycieli [3]. Konieczność wprowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie prawidłowego odżywiania potwierdzają także badania Umiastowskiej D. i wsp. [10].

Badania prowadzone przez innych autorów potwierdzają, że młodzież badana spożywa posiłki nieregularnie, ale w większości 3-4 i więcej posiłków dziennie. W przypadku badań Wanat i wsp. 60% badanych spożywa 4 posiłki dziennie, natomiast wśród pozostałych ankietowanych 21% spożywa 3 posiłki, a 10% – 2 posiłki dziennie [6]. Podobnie w badaniach Ziory i wsp., większość, bo aż 86% była przekonana, że odżywia się prawidłowo i adekwatnie do zapotrzebowania kalorycznego, spożywając 3-4 posiłki dziennie [11]. W badaniach tych młodzież przyznała się również do stosowania różnych diet. Prawie 50% badanych próbowało odchudzać się, w tym częściej niż raz (27,8% ankietowanych). Ponad 70% badanych twierdziło też, że wiedzę o zaburzeniach czerpie głównie z mediów, rzadziej natomiast ze szkoły czy innych źródeł.

Uzyskane przez autorkę pracy wyniki potwierdzają, że wśród badanych prawidłową masę ciała miało prawie 74% wszystkich respondentów. W pozostałej grupie stwierdzono jedynie 3 przypadki otyłości (tylko chłopcy) oraz 7 przypadków nadwagi (dziewczeta – 4 osoby, chłopcy – 3 osoby). Ponad 22% badanych stanowiły osoby z niedoborem masy ciała.

Badania innych autorów potwierdzają, że prawidłowa masa ciała stanowiła 50% respondentów, natomiast z niedoborem około 32%. Nadwaga i otyłość stwierdzona została u 18% badanych [5]. Z raportu dotyczącego otyłości polskich nastolatków wynika natomiast, że nadmiar masy ciała występuje u 13,3% osób w wieku 13-15 lat, a otyłość u 4,5% nastolatków. W tej grupie wiekowej dziewczeta stanowią 2/3 otyłych nastolatków. Szczyt występowania nadwagi i otyłości przypada na 14 rok życia [12].

Podobne badania przeprowadziła Chwałczyńska. i wsp., która stwierdziła jedynie u 1% badanych uczniów nadwagę, natomiast u ponad 50% badanych dziewcząt (łącznie zbadano 99 dziewcząt) zbyt niską masę ciała [13].

Badania również potwierdziły konieczność poszerzenia wiedzy na temat racjonalnego żywienia i zagrożeń wynikających z nieprawidłowych nawyków odżywiania. Zasadnym jest także wprowadzenie edukacji wśród młodzieży w zakresie wartości odżywczej i kaloryczności spożywanych pokarmów.

4. Wnioski

1. Na podstawie analizy wyników ankiety przeprowadzonej w szkołach można jednoznacznie stwierdzić, że młodzież gimnazjalna dość dobrze rozumie na czym polegają zaburzenia odżywiania.
2. Młodzież potrafi w miarę dokładnie wskazać rodzaje zaburzeń odżywiania i określić ich przyczyny powstawania.
3. Młodzież wie, jakie skutki mogą wywoływać zaburzenia odżywiania i potrafi dość precyzyjnie określić te, które są najgroźniejsze.
4. Wygląd fizyczny ma duże znaczenie dla młodzieży gimnazjalnej i wskazywany jest jako jedna z ważniejszych przyczyn mogących wywoływać zaburzenia odżywiania. Trudno jednak dokładnie stwierdzić, czy w przypadku ankietowanych uczniów wygląd fizyczny ma wpływ na stosowanie przez nich jakiejś diety.
5. Młodzież gimnazjalna nie ma większych problemów z odżywianiem, chociaż uzyskane w badaniu wartości wskaźnika BMI sugerują pojawianie się u prawie 22% ankietowanych uczniów problemów związanych z wagą, w tym niedowagą i wychudzeniem.
6. Młodzież gimnazjalna powiatu jaworskiego poziom posiadanej przez siebie wiedzy w zakresie zaburzeń odżywiania ocenia jako przeciętny, a najczęściej informacje na ten temat czerpie z mediów. Tylko 30% ankietowanej młodzieży chciałoby bardzo pogłębić swoją wiedzę na ten temat.
7. Poziom wiedzy gimnazjalistów z zakresu zaburzeń odżywiania zależny jest od płci, wieku oraz miejsca zamieszkania.

Zakończenie

Do najważniejszych czynników mających wpływ na prawidłowy rozwój młodzieży, zwłaszcza w okresie dojrzewania, jest właściwe odżywianie. Ma ono szczególne znaczenie dla utrzymania zdrowia w całym późniejszym życiu. Młody wiek sprzyja kształtowaniu określonych zachowań żywieniowych, których skutki mogą być odczuwane przez całe późniejsze życie. Dzieci i młodzież w okresie szkolnym są narażone nawet na najmniejsze błędy w żywieniu. Populacja w wieku rozwojowym może specyficznie

reagować na te błędy różnymi zaburzeniami zarówno w rozwoju psychicznym, jak i fizycznym. Zaburzenia odżywiania stają się bardzo dużym problemem medycznym.

Zdrowie jest wartością, która nie zawsze jest doceniana przez młodzież w wieku szkolnym. Zatem jednym z celów prawidłowo przebiegającego procesu wychowawczego powinno być kształtowanie umiejętności dbania o zdrowie. Z uwagi na to, że w okresie dorastania młodzież kształtuje postawy i koryguje umiejętności niezbędne do podejmowania działań prozdrowotnych, a także dokonuje świadomych wyborów zachowań charakterystycznych dla zdrowego stylu życia, dlatego szczególnie potrzebna w tym okresie jest edukacja zdrowotna.

Szczególnym miejscem dla edukacji zdrowotnej jest szkoła, ponieważ tutaj odbywa się przekazywanie wszechstronnej wiedzy o zdrowiu oraz uruchamianie różnych procesów, w których uczestniczą nie tylko uczniowie, ale również rodzice oraz przedstawiciele całej społeczności lokalnej. Dlatego istotną sprawą jest tworzenie i wdrażanie w szkołach specjalnych programów prozdrowotnych, a dbałość o zdrowie i ciało człowieka powinna być traktowana w szkolnej edukacji zdrowotnej jako sprawa priorytetowa. Celem edukacji żywieniowej w szkole powinno być kształtowanie sprzyjających zdrowiu zachowań związanych z żywieniem. Aby edukacja w zakresie prawidłowego żywienia była skuteczna, wymaga stosowania różnorodnych form działania.

Bardzo ważną rolę w realizacji tych działań powinna odgrywać pielęgniarka szkolna, poprzez podnoszenie świadomości młodzieży, jak również rodziców, na temat przyczyn i zagrożeń wynikających z niewłaściwej diety oraz uświadamianie młodym ludziom, jak ważne jest podejmowanie odpowiednich zachowań i zdrowego stylu życia. Uświadomienie przez nią wagi problemu, jakim jest nieprawidłowe żywienie wśród nastolatków, powinno zachęcić do wspólnych działań prewencyjnych realizowanych przez szkołę oraz szerzenia edukacji zdrowotnej, najbardziej opłacalnej inwestycji w zdrowie młodych ludzi.

Przeprowadzone przez autorkę pracy badania, jak również wyniki badań innych autorów, potwierdzają, że w większości młodzież gimnazjalna dość dobrze rozumie, na czym polegają zaburzenia odżywiania. Potrafi ona w miarę dokładnie określić rodzaje zaburzeń odżywiania i przyczyny ich powstawania. Wie także, jakie skutki mogą one wywoływać oraz potrafi dość precyzyjnie określić najważniejsze z nich. Zdaniem ankietowanej młodzieży, najistotniejszymi przyczynami zaburzeń odżywiania jest mała ilość ruchu w życiu codziennym oraz sytuacje stresujące i wydarzenia natury osobistej. Największą wiedzę badani posiadają w zakresie specyficznych zaburzeń odżywiania, tj. anoreksji oraz bulimii. Za najgroźniejsze dla zdrowia następstwa tych zaburzeń uznano wyniszczenie organizmu, anemię oraz zaburzenia psychiczne.

Dla bardzo dużej części młodzieży gimnazjalnej wygląd fizyczny jest ważny albo bardzo ważny, ma duże znaczenie i wskazywany jest jako jedna z głównych przyczyn mogących wywoływać zaburzenia odżywiania. Bardzo duża część przyznała też, że miała problemy z odżywianiem, i że wiele razy stosowała różne diety. Chociaż większość

badanej populacji spożywa powyżej 3-4 posiłków dziennie, to jednak ponad połowa z nich spożywa je nieregularnie. Aż 59% badanych uznało, że ich poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania jest dostateczny lub przeciętny. Swoją wiedzę na temat zaburzeń odżywiania pozyskuje głównie z mediów i lekcji biologii. Najmniej informacji młodzież uzyskuje od pielęgniarki szkolnej.

Prowadzone badania jednoznacznie potwierdzają konieczność poszerzenia wiedzy na temat racjonalnego żywienia i zagrożeń wynikających z nieprawidłowych nawyków odżywiania. Zasadnym jest także wprowadzenie edukacji zdrowotnej wśród młodzieży w zakresie wartości odżywczej i kaloryczności spożywanych pokarmów. Potrzeba podejmowania działań edukacyjno-oświatowych dotyczy nie tylko młodzieży, ale również rodziców i nauczycieli.

Pielęgniarka szkolna (pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania), będąca członkiem szkolnego zespołu promocji zdrowia, w tym jednym z najbliższych współpracowników nauczyciela wychowania fizycznego w zakresie realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej, ma do spełnienia szereg zadań.

W ramach edukacji zdrowotnej ucznia wyróżnia się trzy obszary działań pielęgniarki: zorientowane na ucznia, na grupę uczniów z problemami zdrowotnymi oraz związane z działaniami danej jednostki. Zadaniem pielęgniarki powinno być nieustanne nastawienie na edukację zdrowotną w różnorodnych kontaktach z uczniami i ich rodzicami. W edukacji zdrowotnej ważną część stanowi edukacja żywieniowa, której bardzo istotnym zadaniem jest wykształcenie właściwych nawyków żywieniowych i umiejętności komponowania posiłków.

Piśmiennictwo

- [1]. Marcysiak M. i wsp., Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna uczniów klas sportowych i ogólnych w Ustrzykach Dolnych, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17 (3).
- [2]. Jarosz M. (red.), *Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży oraz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.
- [3]. Świdarska-Kopacz J., Marcinkowski J.T., Jankowska K., Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej i ich wybrane uwarunkowania. Cz. IV. Sposób żywienia, *Problemy Higieny Epidemiologicznej* 2008, 89(2).
- [4]. Gouch-Koniuszy Z., Ocena sposobu żywienia dzieci w okresie skoku pokwitaniowego, *Rocznik PZH* 2010, 61, nr 3.
- [5]. Franusz G., Dzieci wiejskie – styl życia a nadwaga i otyłość, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne* 2013, nr 1.
- [6]. Wanat G. i wsp., Nieprawidłowe nawyki żywieniowe i związane z nimi zagrożenia dla zdrowia wśród młodzieży gimnazjalnej, *Hygeia Public Health* 2011, nr 46(3).

- [7]. Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
- [8]. Bator E., Bronkowska M., Ślepecki D., Biernat J., Anoreksja – przyczyny, przebieg, leczenie, Nowiny Lekarskie 2011, nr 80,3.
- [9]. Eder P., Stawczyk K., Lehmann A., Jankowiak M., Cichy W.: Czy i jak można zapobiegać zaburzeniom odżywiania wśród młodzieży – słów kilka o akcji informacyjnej dotyczącej anoreksji i bulimii organizowanej przez , Nowiny Lekarskie 2007, nr 76, 3, 242-245.
- [10]. Umiastowska D., Żółtowska H., Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z różnych aglomeracji województwa zachodniopomorskiego, Borgis, Nowa Pediatria 4/2009.
- [11]. Ziora K., Pilarz Ł.B., Sztylec J., Oświęcimska J., Ocena stanu wiedzy nastolatków na temat *anorexia nervosa*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2009, tom 5, nr 1.
- [12]. Wycisk J., Ziółkowska B., Młodzież przeciw sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole, Difin SA, Warszawa 2010.
- [13]. Chwałczyńska A., Bembenek A., Ocena świadomości dziewcząt w wieku gimnazjalnym dotycząca jadłowstrętu psychicznego, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2010, tom 6, nr 3.

Spis wykresów

Wykres 1. Charakterystyka wagi ciała w badanej grupie młodzieży (według płci).....	17
Wykres 2. Możliwe przyczyny zaburzeń odżywiania	18
Wykres 3. Najważniejsze przyczyny zaburzeń odżywiania w opinii respondentów	19
Wykres 4. Objawy zaburzeń odżywiania	19
Wykres 5. Znajomość zaburzeń odżywiania	20
Wykres 6. Oznaki anoreksji	21
Wykres 7. Oznaki bulimii	21
Wykres 8. Oznaki jedzenia kompulsywnego	22
Wykres 9. Skutki wynikające z zaburzeń odżywiania	23
Wykres 10. Najgroźniejsze dla zdrowia następstwa zaburzeń odżywiania.....	23
Wykres 11. Znaczenie wyglądu fizycznego w życiu	24
Wykres 12. Problemy z odżywianiem.....	24
Wykres 13. Stosowanie diety	25
Wykres 14. Obsesyjne myślenie o jedzeniu.....	25
Wykres 15. Regularne spożywanie posiłków.....	26
Wykres 16. Liczba spożywanych dziennie posiłków.....	26
Wykres 17. Samopoczucie po spożyciu posiłku	27
Wykres 18. Poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania	27
Wykres 19. Źródła informacji na temat zaburzeń odżywiania.....	28
Wykres 20. Chęć wzbogacenia wiedzy na temat zaburzeń odżywiania.....	28

Spis tabel

Tabela 1. Zmienne zależne i niezależne w problemach badawczych.....	14
Tabela 2. Charakterystyka metrykalna badanej młodzieży	16
Tabela 3. Charakterystyka wagi ciała w badanej grupie młodzieży (według płci)	17

Załącznik nr 1. Ankieta dla młodzieży gimnazjalnej

Celem poniższej ankiety jest rozpoznanie Waszej wiedzy na temat zaburzeń odżywiania. Ankieta jest anonimowa. Jej wyniki i uzyskane informacje wykorzystane będą do napisania mojej pracy badawczej pt. „Wiedza młodzieży gimnazjalnej powiatu jaworskiego na temat zaburzeń odżywiania”. Proszę przeczytać uważnie każde pytanie umieszczone w ankiecie. Wytypowane odpowiedzi proszę podkreślić lub uzupełnić.

Dziękuję za zrozumienie i wypełnienie kwestionariusza.

1. Płeć:

- a) dziewczyna
- b) chłopiec

2. Wiek:

3. Miejsce zamieszkania:

- a) miasto
- b) wieś

4. Wzrost i waga:

- a) wzrost (cm)
- b) waga (kg)

5. Jakie mogą być przyczyny zaburzeń odżywiania? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- a) problemy psychiczne
- b) presja otoczenia
- c) niezadowolenie ze swojego wyglądu
- d) brak samokontroli w jedzeniu
- e) otyłość
- f) nietolerancja na niektóre składniki pokarmowe
- g) wady wrodzone
- h) nie wiem

6. Które z niżej wymienionych przyczyn zaburzeń odżywiania uważasz za najistotniejsze? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- a) problemy psychiczne
- b) sytuacje stresujące i wydarzenia osobiste (nawał nauki, kłótnia, choroba, śmierć w rodzinie)
- c) brak akceptacji mojej osoby w środowisku i rodzinie
- d) brak znajomości zasad zdrowego odżywiania się
- e) brak czasu na przygotowanie odpowiedniego posiłku
- f) uleganie reklamie
- g) niskie poczucie własnej wartości
- h) uwarunkowania genetyczne
- i) mała ilość ruchu w życiu codziennym

7. Zaznacz objawy wskazujące na możliwość zaburzeń odżywiania: (zaznacz te odpowiedzi, które znasz)

- a) systematyczny spadek wagi ciała
- b) bciągle zamartwianie się własną wagą ciała

- c) niezdolność do przerywania odchudzania się, nawet gdy waga jest niebezpiecznie niska
- d) ograniczanie jedzenia
- e) napady nagłego „obżarstwa”
- f) niezadowolenie z własnego wyglądu
- g) wywoływanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających
- h) stosowanie wyczerpujących ćwiczeń fizycznych
- i) zaburzenia hormonalne, somatyczne oraz metaboliczne

8. Czy rozumiesz na czym polegają niżej wymienione zaburzenia odżywiania? (zaznacz te odpowiedzi, które znasz)

- a) anoreksja (jadłowstręt psychiczny)
- b) bulimia (żarłoczność psychiczna)
- c) ortoreksja
- d) permareksja
- e) jedzenie kompulsywne
- f) nadwaga i otyłość

9. Zaznacz oznaki anoreksji: (zaznacz te odpowiedzi, które znasz)

- a) zaburzenie percepcji w ocenie własnej sylwetki
- b) wstręt oraz lęk przed jedzeniem
- c) uprawianie intensywnych ćwiczeń
- d) dążenie do osiągnięcia maksymalnie niskiej wagi ciała
- e) jedzenie według restrykcyjnego schematu
- f) gwałtowne napady jedzenia, a następnie prowokowanie wymiotów
- g) nastroje depresyjne, drażliwość
- h) nie wiem

10. Które z poniższych objawów są oznakami bulimii? (zaznacz te odpowiedzi, które znasz)

- a) wychudzone ciało, BMI jest zazwyczaj niższe niż 17,5, jadłowstręt psychiczny, liczenie kalorii
- b) niekontrolowane ataki żarłoczności, przyjmowanie leków przeczyszczających i prowokowanie wymiotów, wahania masy ciała
- c) jedzenia aż do całkowitego przepełnienia, ale bez wymiotów
- d) chorobliwa dbałość o jakość i walory zdrowotne żywności
- e) nie wiem

11. Które z poniższych objawów są oznakami jedzenia kompulsywnego? (zaznacz te odpowiedzi, które znasz)

- a) okresowa utrata kontroli nad ilością spożywanego jedzenia
- b) jednorazowe spożywanie zbyt dużych (w stosunku do osoby odżywiającej się normalnie) ilości pożywienia
- c) podczas napadów spożywanie posiłków w sposób wyraźnie szybszy niż podczas normalnego jedzenia,
- d) spożywanie pokarmów aż do wystąpienia przykrych objawów przejedzenia
- e) jedzenie w samotności w celu uniknięcia wykrycia zaburzenia, uczucie wstydu i winy, występujące po napadzie
- f) nie wiem

12. Jakie skutki mogą wynikać z zaburzeń odżywiania? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- a) anoreksja

- b) bulimia
- c) otyłość
- d) choroby jelita grubego
- e) choroby układu krążenia
- f) cukrzyca
- g) kłopoty z koncentracją, bezsenność, depresje, nadpobudliwość
- h) ogólnie zły wygląd i pogarszający się stan zdrowia
- i) zmiany nastrojów, zniechęcenie

13. Które z niżej wymienionych następstw zaburzeń odżywiania uważasz za najgroźniejsze dla zdrowia? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)

- a) zaburzenia równowagi elektrolitowej
- b) choroby układu krążenia
- c) wyniszczenie organizmu
- d) osłabienie struktury kości i zębów
- e) anemia
- f) zaburzenia psychiczne
- g) zachowanie impulsywne
- h) zaburzenia hormonalne

14. Czy uważasz, że wygląd fizyczny jest ważny w Twoim życiu?

- a) bardzo ważny
- b) ważny
- c) mało istotny
- d) nieistotny

15. Czy masz problemy z odżywianiem?

- a) tak, często
- b) tak, czasami
- c) nie, nigdy

16. Czy kiedykolwiek stosowałeś jakąś dietę?

- a) tak, wiele razy
- b) tak, ale bardzo rzadko
- c) nie, nigdy

17. Czy zdarza Ci się obsesyjnie myśleć o jedzeniu?

- a) tak, często
- b) raczej rzadko
- c) nigdy

18. Czy spożywasz posiłki o stałych porach?

- a) tak, zawsze
- b) tak, czasami
- c) zwykle nie
- d) nigdy

19. Ile posiłków spożywasz w ciągu dnia

- a) 2
- b) 3-4
- c) 5-6
- d) powyżej 6

20. Czy po posiłku żalujesz, że za dużo zjadłeś?

- a) tak, często
- b) raczej rzadko
- c) nigdy

21. Jak oceniasz swoją wiedzę dotyczącą przyczyn zaburzeń odżywiania?

- a) nie mam wiedzy na ten temat
- b) dostatecznie
- c) przeciętnie
- d) dobrze
- e) bardzo dobrze

22. Z jakich najczęściej źródeł czerpiesz informacje na temat zaburzeń odżywiania?

(można zaznaczyć kilka odpowiedzi):

- a) telewizja, prasa, radio, Internet
- b) historie znajomych
- c) od pielęgniarki szkolnej
- d) lekcji wychowawczych
- e) lekcji biologii
- f) podręczników i czasopism medycznych
- g) rodziców
- h) inne (jakie?).....

23. Czy chciałbyś wzbogacić swoją wiedzę w zakresie zaburzeń odżywiania?

- a) tak, bardzo
- b) nieszczerólnie
- c) nie, nie interesuje mnie

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO
ZDROWIA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek - najlepsza inwestycja

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA

Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie Zawodowe Kadr Medycznych

Joanna Rychel

Nr albumu: 2210

Ocena świadomości społecznej na temat profilaktyki raka jądra wśród mieszkańców powiatu nowosolskiego

Promotor: doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Legnica 2012

Spis treści

Wstęp.....	45
Cel pracy.....	45
Rodzaje raka jądra	45
Profilaktyka raka jądra.....	46
Cele badań	48
Materiał i metody badań	48
Wyniki badań.....	48
Omówienie wyników.....	53
Wnioski.....	54
Podsumowanie.....	54
Piśmiennictwo	55
Spis wykresów	55
Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety	56

Wstęp

Rak jądra, mimo iż stanowi 1% spośród wszystkich rodzajów nowotworów dotykających mężczyzn, jest najczęściej występującym rakiem u mężczyzn pomiędzy 20 a 40 rokiem życia [1]. Mówi się o nim znacznie mniej, niż o raku piersi, co oczywiście nie znaczy, że jest mniej groźny. Co roku w Polsce wykrywa się około 700 nowych zachorowań na ten nowotwór. Na szczęście jest on jednym z dosyć dobrze poddających się leczeniu rodzajów raka; jeżeli zostanie wykryty odpowiednio wcześnie jest uleczalny niemal w 100% [2].

Każdy mężczyzna powinien znać wielkość i wygląd swoich jąder, tak, aby był on w stanie wykryć jakiegokolwiek zmiany. Ze względu na rzadkie występowanie wiele osób nie słyszało o raku jąder. Wiedza o nim jest szczególnie ważna dla młodych mężczyzn, ponieważ w tej grupie wiekowej jest on najczęstszy i może wpływać znacząco na dalsze plany życiowe i prokreacyjne osób stojących dopiero „u progu życia”.

Najnowsze doniesienia medyczne wskazują, że młodzi mężczyźni z podejrzeniem raka jądra zgłaszają się do lekarza zbyt późno. Lekarze alarmują, że w wielu przypadkach u zgłaszającego się pacjenta stwierdza się już ogniska wtórne, czyli przerzuty do innych narządów, co związane jest z gorszym rokowaniem [3]. W związku z powyższym należy uwrażliwiać młodych mężczyzn, będących w grupie ryzyka najwyższej zachorowalności, na najmniejsze, niepokojące zmiany pojawiające się w ciele.

Cel pracy

Celem pracy jest zaprezentowanie podstawowych zagadnień klinicznych dotyczących raka jądra ze szczególnym uwzględnieniem ukazania niskiego poziomu wiedzy z obszaru działań profilaktycznych na przykładzie badanej grupy.

Rodzaje raka jądra

Nowotwory jądra są najczęstszymi guzami litymi u młodych mężczyzn. Są to niemal wyłącznie guzy złośliwe. Występują stosunkowo rzadko. W Polsce, według danych Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w 1999 r. zachorowalność na nowotwory jądra wynosiła 2,7 na 100 tys. mężczyzn i była największa między 15 a 35 rokiem życia. Nowotwory jądra stanowią w ostatnich latach przedmiot intensywnych badań, które doprowadziły do największej w onkologii skuteczności leczenia. Nowotwory te znajdują się na 18 miejscu wśród przyczyn zachorowań i na 29 wśród przyczyn zgonów na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn [4].

Histologicznie guzy jąder wywodzą się u około 97% chorych z nabłonka rozrodczego, na guzy wychodzące z podścieliska jąder przypada 1%, natomiast 2% stanowią guzy przerzutowe. Wśród nowotworów wychodzących z nabłonka rozrodczego kilkadziesiąt procent przypada na guzy mieszane, a około 50% na czyste guzy

nienasieniakowate. Z tych 50% około 25% przypada na potworniaki złośliwe, nieco mniej na raki zarodkowe. Kilka procent na potworniaki dojrzałe i na nabłoniaki kosmówkowe [5].

Częstość występowania nowotworów złośliwych jest różna w poszczególnych krajach i grupach etnicznych. Zależna jest od statusu społecznego. Zmienia się w poszczególnych grupach wiekowych. Z danych epidemiologicznych wynika, że np. w USA biali mieszkańcy chorują na ten nowotwór około czterokrotnie częściej niż czarni, a w Europie występuje on najczęściej w Danii, Norwegii i Szwajcarii [4].

Profilaktyka raka jądra

Ważną, często niedocenianą gałęzią onkologii jest profilaktyka. Zarówno lekarze, jak i społeczeństwo skupiają swoją uwagę na problemach diagnostyki i terapii, a tymczasem ogromny potencjał tkwi w profilaktyce. Działania profilaktyczne mają o wiele większy wpływ na zdrowie i długość życia niż leczenie chorób.

Profilaktykę przeciwnowotworową można podzielić na 3 kategorie:

- Profilaktykę pierwszorzędową (pierwotną).
- Profilaktykę drugorzędową (wtórną).
- Profilaktykę trzeciorzędową (prerecydywalną).

Profilaktyka pierwotna obejmuje upowszechnianie wiedzy epidemiologicznej, dotyczącej przyczyn zachorowań na nowotwory i propagowanie zachowań prozdrowotnych. Na większość czynników związanych z powstawaniem nowotworów mają wpływ indywidualne decyzje dotyczące osobistego stylu życia i wiele z nich można monitorować. Około 70% nowotworów złośliwych jest wynikiem działania szkodliwych czynników związanych ze stylem życia i dietą lub występujących w otaczającym środowisku. Większą część z nich można eliminować zmniejszając ryzyko choroby [6].

Czynnikiem środowiskowym o najlepiej dowiedzionym działaniu karcynogennym jest bez wątpienia tytoń, a ściślej biorąc substancje karcynogenne zawarte w głównym i bocznym strumieniu dymu tytoniowego. Porzucenie palenia jest działaniem o największym ciężarze gatunkowym, zmniejszającym ryzyko nowotworu, które może podjąć pojedyncza osoba. Ponieważ palenie tytoniu rozpoczyna się zazwyczaj w wieku młodzieńczym, grupą docelową dla działań prewencyjnych powinna być przede wszystkim młodzież.

Sposób odżywiania jest także istotny dla prewencji nowotworów złośliwych. Składniki zawarte w diecie człowieka mogą mieć działanie zarówno ochronne, jak i sprzyjające rozwojowi nowotworów. Dieta może odgrywać istotną rolę na każdym etapie rozwoju procesu nowotworowego. W celu zapobiegania nowotworom dieta powinna być urozmaicona, należy ograniczyć spożycie czerwonego mięsa do jednej porcji na tydzień lub rzadziej, zwiększyć spożycie warzyw i owoców (co najmniej 5 razy dziennie), nie przypalać mięsa i ryb, nie nadużywać alkoholu.

Stale uzupełniania wiedza społeczeństwa na temat szkodliwości picia alkoholu, palenia tytoniu, właściwej diety, unikania otyłości, prawidłowej aktywności ruchowej, unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce, ograniczenie narażenia na czynniki rakotwórcze oraz stosowanie szczepionek to najlepsza inwestycja w zdrowie polskiej populacji. Działania w zakresie pierwotnej profilaktyki powinny być prowadzone metodycznie, jako ciągły, zaplanowany na wiele lat proces, dotyczący różnych grup zawodowych, wiekowych i społecznych. Działania edukacyjne powinny być w znacznej mierze skierowane na młode pokolenie. Kształtowanie nawyków żywieniowych, unikanie czynników ryzyka i palenia tytoniu, uświadomienie roli aktywności ruchowej, właściwych zachowań seksualnych musi zaczynać się od wczesnych lat młodzieńczych. Przykładami zorganizowanych działań edukacyjnych mogą być: Regionalny Program Przeciwnowotworowej Edukacji Młodzieży Szkół Ponadgimnazjalnych oraz Regionalny Program Zapobiegania Nowotworom Jelita Grubego i Prostaty, znane jako „bydgoski model edukacyjny”. Metodą działania są tu spotkania na terenie szkół, sal wykładowych, konferencji, świetlic, w których zbierają się mieszkańcy danej społeczności celem zdobycia wiedzy prozdrowotnej. Spotkania te prowadzone są w formie prezentacji multimedialnych, z wykorzystaniem ulotek, plakatów i broszur.

Fundacja „Gdynski Most Nadziei” realizując ogólnopolski program Akademia Walki z Rakiem oraz wspierając chorych na nowotwory i ich bliskich, jest organizatorem kampanii informacyjno-edukacyjnej „Odważni Wygrywają” – profilaktyka raka jądra. Skierowana jest ona do młodych mężczyzn w przedziale wiekowym od 16 do 35 roku życia oraz do ich matek i partnerek. Kampania w swoim założeniu wypełnia przestrzeń, która wydaje się być całkowicie pominięta, uwrażliwiając młodych mężczyzn, będących w grupie ryzyka najwyższej zachorowalności, na najmniejsze, niepokojące zmiany pojawiające się w ciele. Lekarze alarmują, że w wielu przypadkach u zgłaszającego się pacjenta stwierdza się już ogniska wtórne, czyli przerzuty do innych narządów, co związane jest z gorszym rokowaniem. Jednocześnie rak jądra jest jednym z najbardziej wyleczalnych nowotworów, jeśli tylko zostanie wykryty dostatecznie szybko. Wiedza ta stanowi punkt wyjścia kampanii „Odważni Wygrywają”. Celem projektu jest podniesienie świadomości społecznej, a dzięki temu obniżenie liczby osób, które zgłaszają się do lekarza specjalisty zbyt późno, już w zaawansowanym stadium choroby. Działania te mogą nie tylko uratować życie, w tym także ludziom młodym, jak również zminimalizować negatywne następstwa leczenia i wpłynąć znacząco na jakość życia chorych. Kampania ta realizowana jest pod patronatem Miasta Gdyni oraz Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

Niestety nie ma żadnego pewnego sposobu, by bronić się skutecznie przed rakiem jąder. Jedyne więc co można zrobić w profilaktyce przeciw rakowi jądra to samobadanie jąder. Badanie to powinien umieć przeprowadzić każdy mężczyzna i wykonywać je średnio raz w miesiącu. Badanie jest bardzo proste i technicznie oraz czasowo zajmuje tylko kilka minut.

Cele badań

Cel ogólny:

Ocena wiedzy i świadomości mężczyzn w zakresie profilaktyki raka jądra na podstawie opinii mieszkańców powiatu nowosolskiego.

Cele szczegółowe:

1. Ustalenie zakresu wiedzy mężczyzn na temat profilaktyki raka jądra.
2. Określenie rodzaju i częstotliwości podejmowanych działań profilaktycznych wśród badanych.
3. Wykazanie wpływu czynników socjalno-ekonomicznych na stan wiedzy respondentów.
4. Ustalenie najczęstszych przyczyn braku wiedzy mężczyzn w omawianych kwestiach.

Material i metody badań

Badania ankietowe zostały przeprowadzone wśród 50-ciu losowo dobranych mieszkańców wyłącznie płci męskiej z obszaru powiatu nowosolskiego, w okresie od 1 stycznia do 29 lutego 2012 roku. Były one badaniami anonimowymi.

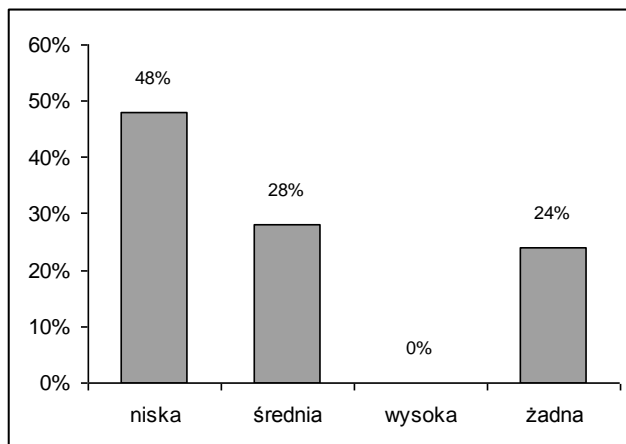
- wiek badanych zawierał się w granicach od 16 do 60 roku życia, średnia wieku wynosiła 40 lat,
- badani byli głównie mieszkańcami miast – 42 mężczyzn (84%),
- w przeważającej części z wykształceniem średnim – 33 osoby (66%),
- głównie żonaci – 37 osób (74%),
- swoją własną sytuację materialną większość ankietowanych oceniła jako wystarczającą – 28 osób (56%) i dobrą – 17 osób (34%).

W trakcie przeprowadzania badań posłużono się ankietą.

Pytania wykorzystanej w pracy ankiety najczęściej były zamknięte i zaopatrzone w kafeterię czyli zestaw możliwych odpowiedzi (załącznik nr 1).

Wyniki badań

Zdaniem 24 ankietowanych, świadomość społeczna w zakresie znajomości zagadnień związanych z rakiem jądra jest niska, według 14 badanych – średnia, 12 mężczyzn twierdzi, że społeczeństwo nie posiada żadnej świadomości na omawiany temat, ani jeden z respondentów nie uznał poziomu świadomości społecznej na temat omawianej problematyki za wysoki – wykres 1.

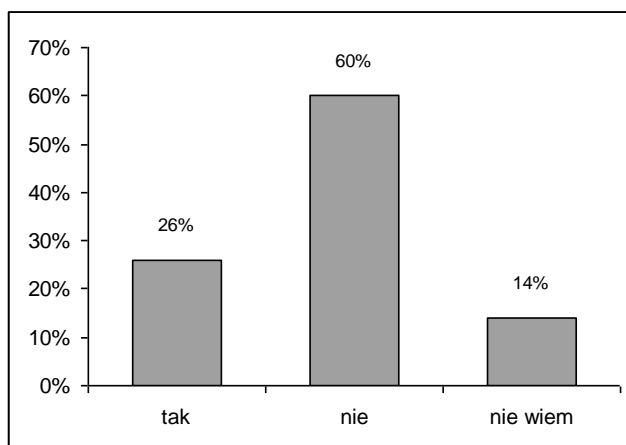


Wykres 1. Poziom świadomości społecznej dotyczącej raka jądra - w opinii badanych

Pomimo, że 7 mężczyzn (14%) nie podejmuje żadnych działań profilaktycznych, to 43 respondentów (86%) wykazało zainteresowanie profilaktyką w tym zakresie.

Świadomość ankietowanych w zakresie możliwości prowadzenia samobadania jąder rozłożyła się mniej więcej po połowie: 27 respondentów (54% ogółu badanych) odpowiedziało, że słyszało o samobadaniu jąder, niestety aż 23 (46%) zakresliło odpowiedź przeczącą.

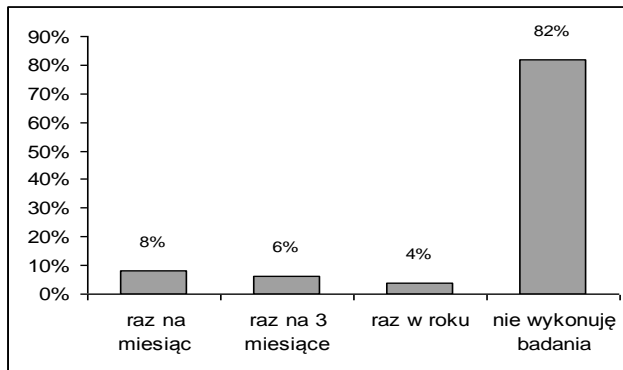
Zdecydowana większość, bo aż 30 badanych mężczyzn nie wie, jak wykonać samobadanie jąder. 13 osób twierdzi, że potrafi przeprowadzić takie badanie, natomiast pozostałe 7 osób nie wie, czy posiada ku temu odpowiednią wiedzę – wykres 2.



Wykres 2. Wiedza na temat techniki wykonania samobadania jąder

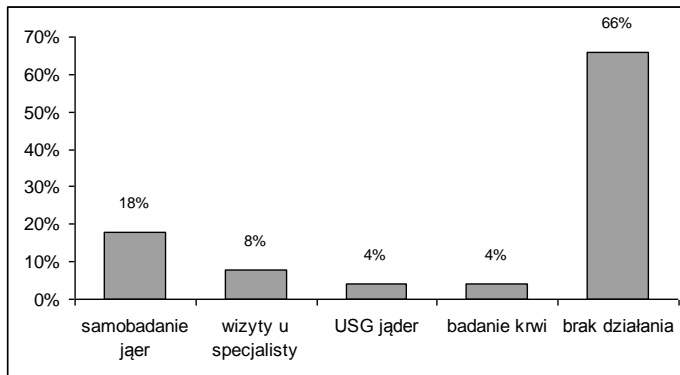
Spośród badanych mężczyzn, aż 41 (82%) w ogóle nie wykonuje samobadania jąder, a tylko 9 (18%) wykonuje takie badanie we własnym zakresie.

Z dziewięciu mężczyzn, którzy wykonują samobadanie jąder, tylko 4 (8% z całej badanej populacji) robi to jeden raz w miesiącu, 3 osoby (6%) – co trzy miesiące, natomiast 2 (4%) mężczyzn bada jądra raz w roku – wykres 3.



Wykres 3. Częstotliwość przeprowadzania samobadania jąder

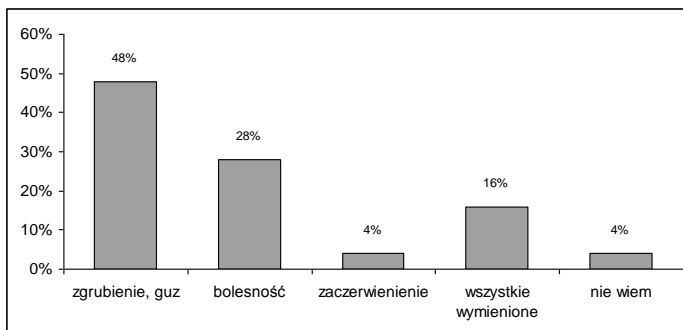
Spośród ankietowanych tylko 17 mężczyzn (34% ogółu badanych) podejmuje działania w zakresie profilaktyki raka jądra; są to: samobadanie jąder – 9 osób, wizyty u specjalisty – 4 osoby. Najniższy odsetek stanowią tu mężczyźni, którzy wykonują USG jąder i badanie krwi – po 2 osoby – wykres 4.



Wykres 4. Rodzaj podejmowanych działań profilaktycznych

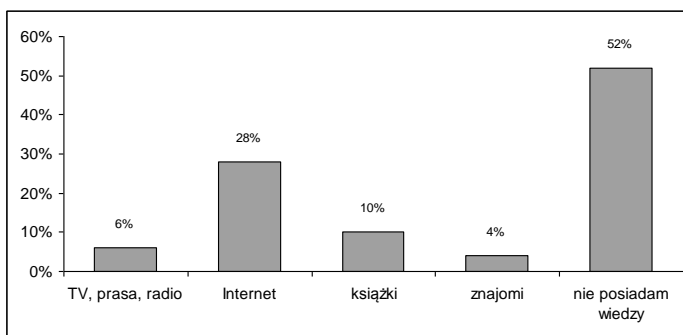
38 osób (76% ogółu badanych) przyznaje otwarcie, że nie zna objawów raka jądra, natomiast tylko 12 mężczyzn (24%) twierdzi że zna objawy omawianej jednostki chorobowej.

Z 50-ciu ankietowanych aż 48 osób (96%) potrafiło wskazać, z podanej kafeterii, objawy właściwe dla raka jądra: na zgrubienie i guz wskazało 24 mężczyzn, na bolesność – 14 osób, na zaczerwienienie – 2 osoby, na wszystkie wskazane objawy – 8 osób (wykres 5).



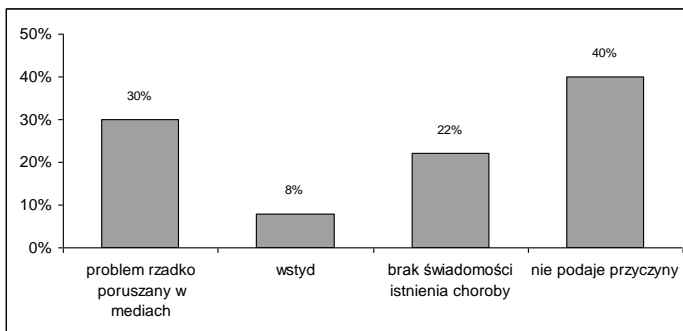
Wykres 5. Znajomość objawów raka jądra w badanej populacji

Nieco więcej niż połowa respondentów (26 osób) uznała, iż nie posiada wiedzy na temat raka jądra. Natomiast pozostała część mężczyzn swoją wiedzę czerpie z Internetu (14 osób), książek (5 osób), TV, gazet, radia (3 osoby) a 2 osoby od znajomych – wykres 6.



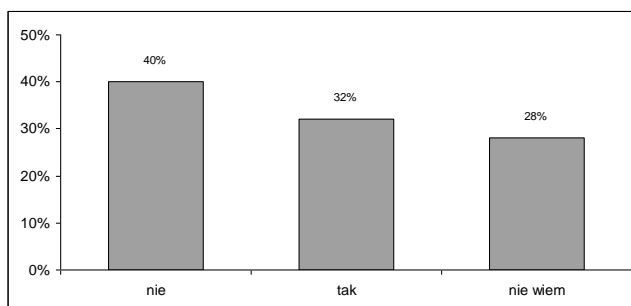
Wykres 6. Źródła wiedzy na temat raka jądra

Na pytanie o przyczyny braku wiedzy na temat raka jądra 15 osób podało, fakt iż jest to problem rzadko poruszany w mediach, 11 osób wskazało na brak świadomości istnienia choroby, 4 mężczyzn uznało, że jest to temat wstydlivy. Pozostałe 20 osób nie podało przyczyny, co sugeruje, że można przypuszczać, iż uważały one, że posiadają wiedzę w danym zakresie – wykres 7.



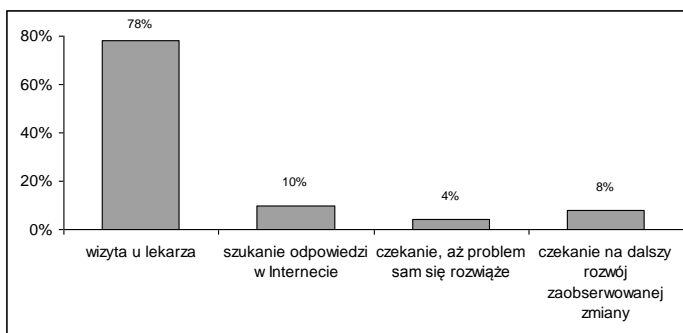
Wykres 7. Przyczyny braku wiedzy na temat raka jądra

Kolejne pytanie ankiety dotyczyło zachorowalności na raka w rodzinach badanych osób. 20 respondentów deklaruje, że w ich rodzinach nie było jak dotąd chorób nowotworowych; 16 mężczyzn potwierdza występowanie choroby nowotworowej wśród krewnych, a 14 osób nie posiada wiedzy na ten temat – wykres 8.



Wykres 8. Zachorowalność na raka w rodzinach ankietowanych

Jeżeli chodzi o działania, jakie podjęliby ankietowani w chwili wykrycia u nich nieprawidłowości w jądrze, to najczęściej, bo aż 39 osób opowiedziało się za wizytą u lekarza. Pozostałe działania rozłożyły się mniej więcej równomiernie: 5 osób szukałoby odpowiedzi w Internecie, 4 osoby czekałyby na dalszy rozwój zaobserwowanej zmiany, natomiast 2 osoby czekałyby aż problem sam się rozwiąże – wykres 9.



Wykres 9. Postępowanie po stwierdzeniu zmian w jądrze

Spośród 50-ciu przebadanych mężczyzn, żaden nigdy nie uczestniczył w kampaniach dotyczących profilaktyki nowotworowej. Wszyscy badani uważają jednak, że systematyczne badanie jąder może przyczynić się do ograniczenia zachorowalności na raka jądra.

Omówienie wyników

Świadomość społeczna w zakresie omawianej tematyki jest przerażająco niska. Należałoby oczekiwać, że mężczyźni mieszkający w środowisku miejskim powinni wykazać się większą wiedzą na temat profilaktyki raka jądra. Jak wynika z badań, miejsce zamieszkania nie zawsze wiąże się z wykształceniem i zdobywaniem wiedzy.

Wiek mężczyzn może mieć duży wpływ na profilaktykę raka jądra. Młodszy mężczyźni są z reguły bardziej świadomi istnienia choroby, spędzają więcej czasu na poszukiwaniach w Internecie, który może być tu także źródłem wiedzy. Starszym mężczyznom może towarzyszyć większe poczucie skrępowania.

Zainteresowanie badaniami profilaktycznymi wśród mieszkańców powiatu nowosolskiego jest duże, gdyż deklarowały je 43 osoby, jednakże tyle samo badanych stwierdza, że nie podejmuje żadnych działań profilaktycznych w tym zakresie. Być może wynika to z faktu niewiedzy: jakie są działania profilaktyczne, gdzie (do kogo) można się zgłosić po poradę. Ponadto należy podkreślić, że jest to problem rzadko poruszany w mediach. Niewiedza stanowi tu poważny problem również zdaniem samych ankietowanych: przyznaje się do niej aż 52% badanych.

1/3 respondentów potwierdziła wystąpienie choroby nowotworowej w ich rodzinach. Z pewnością incydenty nowotworowe w wywiadzie rodzinnym mają odzwierciedlenie w działaniach profilaktycznych podejmowanych przez pozostałych członków rodziny. Jeśli ktoś zetknął się blisko z chorobą, widział cierpienie czy strach, zaczyna zastanawiać się, czy on sam nie zachoruje. Wówczas częściej zazwyczaj obserwuje swoje ciało oraz przeprowadza badania profilaktyczne.

Wnioski

1. Świadomość społeczna w zakresie znajomości zagadnień związanych z rakiem jądra jest niska. Również poziom wiedzy na ten temat jest bardzo niski.
2. Najczęściej podejmowane działania profilaktyczne w badanej grupie to samobadanie jąder, dotyczy ono jednak tylko około 1/5 wszystkich badanych, a w dalszej kolejności: wizyty u specjalisty, badania kontrolne oraz wykonywane najrzadziej USG jąder.
3. Nie stwierdzono istotnego wpływu czynników socjoekonomicznych na stan wiedzy respondentów.
4. Najczęstsze przyczyny braku wiedzy wśród ankietowanych: przede wszystkim fakt, że jest to problem rzadko poruszany w mediach oraz brak świadomości możliwości wystąpienia choroby, a także, w nieco mniejszym stopniu, traktowanie schorzenia jako tematu wstydliwego.

Podsumowanie

Nowotwory jądra są jednym z najczęściej występujących nowotworów u mężczyzn młodych. Alarmujący jest fakt, że świadomość mężczyzn w zakresie profilaktyki raka jądra jest niska. Wskazuje na to również samoocena badanych i pozostałe wyniki uzyskane w badaniach własnych. Po chorobach układu krążenia, nowotwory, w tym także nowotwory jąder, stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów. Niestety niewiele wskazuje na to, by sytuacja ta miała się poprawić w najbliższych latach. Rak jądra wcale nie musi być wyrokiem, pod warunkiem, że zostanie wcześniej wykryty. W Polsce jest to jednak nadal duży problem. Dzięki odpowiednim metodom profilaktyki i leczenia mówi się dziś, że każdy obywatel USA zna przynajmniej trzy osoby, które zwalczyły raka. W Polsce każdy obywatel natomiast zna przynajmniej trzy osoby, które na raka zmarły. To właśnie należy zmienić. Zadbac o to musi jednak głównie każdy sam we własnym zakresie, przede wszystkim regularnie prowadząc samoobserwację i wykonując samobadanie oraz pamiętając, że istnieje ścisły związek pomiędzy wczesnym rozpoznaniem a skutecznością leczenia. Im szybsze rozpoznanie, tym większa szansa na wyzdrowienie.

Zachorowanie w rodzinie staje się często przyczyną chęci kontrolowania własnego zdrowia. Pacjenci korzystający z różnych przyczyn z opieki medycznej powinni przy każdej takiej okazji mieć zapewniony kontakt z wiedzą prozdrowotną. Mogą temu służyć ulotki, plakaty, broszury itp. Coraz częściej spotykaną formą jest przekaz za pomocą telewizora zlokalizowanego w ogólnie dostępnym miejscu: poczekalni, recepcji. Pojawia się w nim materiał filmowy poruszający najistotniejsze problemy onkologiczne. W taki niemal niezauważalny sposób wiedza stale dociera do pacjenta, który w danym momencie może być zajęty innym problemem zdrowotnym, a przy okazji zdobędzie jednak bardziej uniwersalne treści.

Stały proces edukacji powinien być prowadzony na wielu płaszczyznach i dotyczyć środowisk zarówno społecznych, jak i zawodowych. Może to zmienić w istotny sposób wrażliwość społeczną, wiedzę prozdrowotną czy lęk przed rakiem. Jest to proces wieloletni, ale w efekcie, poprzez stale zdobywaną wiedzę, umiejętność korzystania z badań profilaktycznych i znajomość objawów onkologicznych powinien przynieść zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów złośliwych.

Piśmiennictwo

- [1]. Koper A. (red.): Pielęgniarstwo onkologiczne; PZWL, Warszawa 2001.
- [2]. www.poradnikzdrowie.pl
- [3]. www.odwazni.com
- [4]. Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A. (red.): Onkologia; PZWL, Warszawa 2003.
- [5]. Zieliński J., Leńko J. (red.): Urologia, tom II; PZWL, Warszawa 1993.
- [6]. Nowicki A. (red.): Pielęgniarstwo onkologiczne; Termedia, Wydawnictwo medyczne, Poznań 2009.

Spis wykresów

Wykres 1. Poziom świadomości społecznej dotyczącej raka jądra - w opinii badanych ...	49
Wykres 2. Wiedza na temat techniki wykonania samobadania jąder.....	49
Wykres 3. Częstotliwość przeprowadzania samobadania jąder	50
Wykres 4. Rodzaj podejmowanych działań profilaktycznych	50
Wykres 5. Znajomość objawów raka jądra w badanej populacji	51
Wykres 6. Źródła wiedzy na temat raka jądra.....	51
Wykres 7. Przyczyny braku wiedzy na temat raka jądra.....	52
Wykres 8. Zachorowalność na raka w rodzinach ankietowanych.....	52
Wykres 9. Postępowanie po stwierdzeniu zmian w jądrze.....	53

Załącznik 1. Kwestionariusz ankiety

Szanowni Panowie! Jestem studentką Wydziału Pielęgniarstwa w WSM w Legnicy. Piszę pracę licencjacką na temat problemu raka jądra. Wszystkie informacje zawarte w ankiecie pozostaną anonimowe, a otrzymane wyniki posłużą tylko i wyłącznie do celów badawczych. Ankieta składa się z 15 pytań. Proszę o zaznaczenie krzyżykiem odpowiedzi najbardziej zgodnej ze stanem faktycznym lub, jeżeli pytanie tego wymaga, wpisać odpowiedź w miejsce kropek.

Serdecznie zapraszam do wypełnienia ankiety i dziękuję za pomoc.

Metryczka:

Wiek

- 16-30 lat
- 31-40 lat
- 41-50 lat
- powyżej 50 lat

Stan cywilny

- kawaler
- żonaty
- rozwiedziony
- żyję w konkubinacie
- wdowiec

Wykształcenie

- podstawowe
- zawodowe
- średnie
- wyższe

Miejsce zamieszkania

- wieś
- miasto

Jak ocenia Pan swoją sytuację materialną?

- bardzo dobra
- dobra
- wystarczająca
- zła

Ankieta właściwa:

1. Jaka jest Pana zdaniem świadomość społeczna w zakresie raka jądra?

- wysoka
- średnia
- niska(mała)

- żadna

2. Czy jest Pan zainteresowany badaniami profilaktycznymi dotyczacymi raka jądra?

- tak
- nie

3. Czy slyszal Pan o samobadaniu jąder?

- tak
- nie

4. Czy dysponuje Pan wiedzą na temat jak powinno przebiegac samobadanie jąder?

- tak
- nie
- nie wiem

5. Czy wykonuje Pan samobadanie jąder?

- tak
- nie

6. Jezeli tak, to jak czesto przeprowadza Pan badanie?

- 1 raz w miesiacu
- co 3 miesiace
- 1 raz w roku
- rzadziej

7. Jakie inne dzialania profilaktyczne w zakresie raka jądra podejmuje Pan osobiście?

- USG jąder
- Badanie krwi
- Wizyty u specjalisty
- inne (jakie?).....
- zadne

8. Czy zna Pan objawy raka jądra?

- tak
- nie

9. Jezeli tak, to ktore z wymienionych objawow uwazalby Pan za wlasciwe?

- zgrubienie, guz
- bolesnosc
- zaczerwienienie
- wszystkie wyzej wymienione

10. Skad posiada Pan wiedze na temat raka jądra?

- z TV/gazeta/radio
- z Internetu
- z ksiazek
- od znajomych

- nie posiadam

11. Jeżeli nie posiada Pan wiedzy na temat raka jądra, to proszę podać przyczynę:

- wstydlivy temat
- brak świadomości istnienia choroby
- problem rzadko poruszany w mediach
- inne (jakie)

12. Czy ktoś w Pana rodzinie chorował na raka?

- tak
- nie
- nie wiem

13. Jeżeli zaobserwuje Pan jakieś zmiany w jądrze, to:

- idzie Pan do lekarza
- szuka Pan odpowiedzi w Internecie/literaturze
- czeka Pan, aż problem sam się rozwiąże
- czeka Pan na dalszy rozwój zaobserwowanej zmiany

14. Czy uczestniczył Pan w kampaniach społecznych dotyczących profilaktyki nowotworowej?

- tak
- nie

15. Czy Pana zdaniem systematyczne badanie jąder może przyczynić się do ograniczenia zachorowania na raka jądra?

- tak
- nie

Dziękuję bardzo za poświęcony czas.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO
ZDROWIA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek - najlepsza inwestycja

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY WYDZIAŁ PIELEŃNIARSTWA

Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie Zawodowe Kadr Medycznych

Jolanta Małgorzata Czajkowska
Nr albumu: 2851

**Prawo do godnego życia, umierania i naturalnej śmierci
osób w podeszłym wieku**

Promotor: doc. dr n. med. Jolanta Pietras

Legnica 2015

Spis treści

Wstęp.....	61
Cele pracy.....	62
Aspekt godności człowieka i sens cierpienia.....	62
Bio-psycho-społeczne problemy starzenia się.....	64
Postawy osób starszych wobec starości i ich jakość życia.....	67
Umieranie jako ostatni etap życia człowieka.....	70
Cele badań:.....	77
Materiał i metoda badań.....	77
Wyniki badań.....	77
Omówienie wyników.....	89
Wnioski.....	91
Podsumowanie.....	92
Piśmiennictwo.....	94
Spis wykresów.....	96
Aneks. Kwestionariusz ankiety.....	97

Wstęp

Aktualnie obserwuje się na świecie szybki wzrost liczby osób w podeszłym wieku. Stanowi to problem i wyzwanie dla całego społeczeństwa. Starość jest etapem w życiu, przed którym nie da się uciec, ani go uniknąć, dlatego należy ją godnie przeżyć. Proces starzenia się obejmuje zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne, rozpoczyna się jeszcze przed nastaniem starości [1]. Z upływem czasu w ciele człowieka dochodzi do zmian powodujących niewydolność całego ustroju. Postęp w medycynie przynosi coraz więcej informacji o starzeniu się, co pozwala lepiej godzić się z nieuchronnymi zmianami biologicznymi oraz zadbać o właściwą jakość życia. Człowiek sam powinien dążyć do tego, aby starość była przeżyciem pozytywnym i szczęśliwym, pomimo ograniczeń w funkcjonowaniu organizmu.

Starzenie nie stanowi problemu samo w sobie, problemem jednak staje się zepchnięcie ludzi starych poza nawias społeczeństwa i wykluczenie z codziennego życia społecznego, co jest najdotkliwsze. Obserwuje się zanik wielopokoleniowego modelu rodziny. Doświadczenie życiowe oraz mądrość nie są już wartościami cenionymi przez młodsze pokolenie, ale dobra starość nadaje sens własnego życia, poczucie spełnienia, satysfakcję i zadowolenie. Starość ogranicza funkcjonowanie organizmu, ale nie niszczy godności osoby starszej. Godność ta nie oznacza wolności od chorób ani kontroli nad funkcjonowaniem organizmu [1].

Cechą szczególną XXI wieku jest wołanie o zachowanie człowieczeństwa i godności w procesie umierania i śmierci. Zachowanie godności, gdy zawodzi własne ciało, jest trudne. Śmierć dotyczy wszystkich, jest oczywista, powszechna, ale jednocześnie tajemnicza, budzi liczne pytania i obawy. Człowiek niechętnie myśli o śmierci, która wbrew jego woli nastąpi, nie chce zadręczać się myślami o niej. W wierze chrześcijańskiej śmierć jest przejściem pomiędzy życiem doczesnym a wiecznym i należy uczynić ją momentem pełnym godności. Dzisiaj myśl o śmierci nie ma prawa bytu i jest tematem tabu. Kiedyś osoba starsza była w centrum życia rodzinnego, uosabiała mądrość, wiedzę i autorytet. Również proces umierania i śmierci stanowił spójną część w życiu każdej rodziny. Osoby starsze umierały w swoim domu, w otoczeniu najbliższych, co dawało im możliwość pożegnania się z rodziną, wzajemnego przebaczenia oraz zapewniało osobie odchodzącej poczucie bezpieczeństwa. Psychiczenie jednak często nie radzimy sobie z myślą o własnej śmierci. Obecnie stworzyliśmy model nowoczesnej śmierci, która ukryta jest za murami szpitala, oczyszczona z ludzkiego oblicza, zazwyczaj zakończona nowoczesnym pochówkiem [2].

Życie człowieka jest wartością największą i stanowi własność każdego człowieka. Istotne wydaje się więc zwrócenie uwagi na fakt, że coraz bardziej spada jego wartość, a jego głównym kryterium staje się jego jakość a nie świętość i nienaruszalność. W sytuacjach, w których nie rokuje się poprawy jego jakości, nasuwa się wniosek, że takie życie należy skrócić, zakończyć, ale czy nie jest to przyszłościowe myślenie na skrót? Eutanazja jest sporem o sens cierpienia i śmierci, rodzi pojęcie dobrej, godnej

śmierci oraz kulturę umierania. Jest sporem o rozumienie człowieka, ale niekiedy też pewnym niebezpieczeństwem [3].

Cele pracy

Cel główny: Ukazanie prawa osób w podeszłym wieku do godnego życia, umierania i naturalnej śmierci na podstawie dostępnej literatury oraz wyników badań własnych.

Cele szczegółowe:

- Przedstawienie pojęć godności i sensu cierpienia.
- Charakterystyka bio-psycho-społecznych aspektów starzenia.
- Omówienie problemu godnego umierania i śmierci.
- Próba odpowiedzi na pytanie: czy eutanazja to godne umieranie czy cywilizacja śmierci.
- Zaprezentowanie postaw osób starszych wobec starości i ich wpływu na jakość ich życia w wybranej grupie.

Aspekt godności człowieka i sens cierpienia

Godność jest najwyższą wartością człowieka, która niezależnie od wieku, płci i światopoglądu, przysługuje każdemu człowiekowi. To wartość, która sprawia, że człowiek nie jest przedmiotem, rzeczą czy towarem, który można wycenić, oszacować, zniszczyć. Wartość człowieka jest nazywana godnością. Nadaje ona każdej osobie ludzkiej, jako istocie rozumnej, wartość najwyższą niezależnie od zasług czy osiągnięć, miejsca zamieszkania oraz stanu majątkowego. Jest wartością niezbywalną, nieutralną, ale zarazem zobowiązującą. W Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka czytamy: „każdy członek rodziny ludzkiej posiada przyrodzoną godność” – w myśl art. 1 „ludzie rodzą się wolni i równi”, zaś zgodnie z art. 22 „każdy człowiek (...) ma prawo (...) do korzystania z praw gospodarczych, społecznych i kulturalnych nieodzownych dla jego godności i swobodnego rozwoju swojej osobowości” [4].

Zachowanie godności człowieka powinno być celem działania i kryterium słuszności w osiągnięciu zamierzonego celu. Należy ją rozumieć jako normę nienaruszalną, o autentycznej i najwyższej wartości, zgodną z prawami człowieka, a jej poszanowanie jest obowiązkiem każdego. Sens godności ludzkiej nakazuje traktować każdego człowieka z należnym mu szacunkiem oraz zakazuje lekceważenia człowieka i sprowadzania go do przedmiotowego działania [4].

Bóg stworzył człowieka na swoje podobieństwo, a dana mu godność uczyniła go kimś, a nie czymś. Dzięki temu pozostał on zdolny do poznawania samego siebie, rozumienia innych oraz współlistnienia z innymi osobami. Od poczęcia aż do końca życia każdy człowiek ma prawo do absolutnego poszanowania swojej godności poprzez uznanie wartości życia jako podstawowego dobra. Naruszenie godności człowieka stanowi zniewagę i odbiera mu jego człowieczeństwo [5].

Rozwój osobowości oraz podejmowanie różnych zadań życiowych rozwija i wzmacnia poczucie godności, stanowi o sile człowieka w życiu codziennym i duchowym. Motywuje do zachowań moralnie odpowiedzialnych, daje poczucie własnej godności.

W życiu społecznym i osobistym każdego człowieka są sytuacje, które mają negatywny wpływ na godność. Do przyczyn społecznych można zaliczyć: niepokoje i zamieszki społeczne, wojny wywołane przez systemy, a do przyczyn osobistych: śmierć w rodzinie, chorobę, kalectwo, starość czy zbliżającą się śmierć. Człowiek często znajduje się w sytuacji, w której dochodzi do obniżenia jego godności. Najczęściej dochodzi do tego u osób wymagających hospitalizacji, przebywających w domach opieki, czy u osób w podeszłym wieku, które potrzebują wsparcia w codziennym życiu i pomocy w zaspokajaniu swoich potrzeb. Bez godności człowiek staje się osobą zagubioną, traktowany jest jak przedmiot, który traci sens życia. To pielęgniarki najczęściej w swojej pracy mają do czynienia z sytuacją, gdy dochodzi do obniżenia naturalnej godności człowieka. Człowiek w obliczu choroby nie stanowi sam o sobie, lecz inni stanowią za niego. To, co było intymne, ukryte przed wzrokiem innych, zostało obnażone, obdarte z godności i wystawione na widok publiczny przez osoby opiekujące się człowiekiem w jego chorobie. U człowieka starego upływający czas wymazuje kontury wydarzeń, zgryzoty i udręki, ale nie zaciera jego człowieczeństwa oraz godności. Pielęgniarka powinna wiedzieć, jak postępować z pacjentem, by nie obniżyć jego godności, ale też umieć wzmacniać ową godność w pacjencie. Okazanie przez pielęgniarkę niewymuszonego poszanowania godności względem osoby chorej wymaga od niej samej posiadania wysokiego poczucia własnej godności i moralności [6].

W obliczu cierpienia i śmierci godność człowieka nabiera szczególnego znaczenia. Istotą cierpienia jest doznanie zła, przez które człowiek cierpi, rodzi to pytanie o jego cel, rację i powód. Jest próbą, której poddane jest nasze człowieczeństwo, ale także wyzwala w drugim człowieku bezinteresowną miłość, jako dar dla osoby objętej cierpieniem. Moralność człowieka ukazuje, czy w obliczu cierpienia jest on zdolny odnaleźć sens cierpienia, gdy ból i cierpienie odbiera mu niejednokrotnie poczucie własnej godności. Istnieje w człowieku potrzeba nadania sensu cierpienia, bo cierpienie pozbawione sensu zdaje się człowiekowi niewarte przeżycia. Przebyte cierpienie pozostawia w człowieku ślad, staje się on bardziej wrażliwy na innych, mniej egoistyczny, a z perspektywy czasu ocenia owo doświadczenie jako godne trwanie przy życiu w wielkiej sile ducha i nadziei.

Człowiekowi ciągle nie udaje się uzyskać odpowiedzi, czy cierpienie samo w sobie ma sens oraz odnaleźć sens w samym cierpieniu. Nieodłączną częścią życia człowieka, obok radości, szczęścia, jest cierpienie, które jest trudne do uchwycenia i wykracza daleko poza aspekt fizyczny i psychiczny. Jest głęboko i nieuchronnie wpisane w długą drogę życia człowieka od momentu narodzin aż do śmierci, współlistnieje w jego codzienności, a zarazem pozostaje nietykalną tajemnicą. Dotyka w różnych momentach życia, przybiera rozmaite formy, jednakże jest nieodłączne od ziemskiego istnienia.

Człowiek od wieków szuka odpowiedzi na pytanie, dlaczego istnieje ból, cierpienie, dlaczego istnieje zło w postaci choroby. Postrzega ból i cierpienie jako zjawisko pełne tajemnic, trudne do zdefiniowania i akceptacji. Człowiek dotknięty chorobą pyta sam siebie, dlaczego musi znosić to wszystko i jaki jest sens cierpienia, które go dotknęło. Nie znajdując odpowiedzi na swoje pytania niejednokrotnie załamuje się, bo cierpienie stało się silniejsze od niego.

Jan Paweł II w liście *Salvifici Doloris* podkreśla, że „człowiek cierpi na różne sposoby, nie zawsze objęte przez medycynę, w jej nawet najdalszych rozgałęzieniach. Cierpienie jest czymś bardziej powszechnym od choroby, bardziej wielorakim, a zatem głębiej osadzonym w całym człowieczeństwie”. Wymaga tu też rozróżnienia cierpienie fizyczne od moralnego. Pierwsze zachodzi, gdy w jakikolwiek sposób boli ciało, cierpienie moralne to wewnętrzny ból duszy [5].

Chrześcijanin musi zrozumieć, że cierpienie nie jest odpowiedzią Boga na zło czynione przez ludzkość i karą za popełnione grzechy, ale jest w świetle Bożej miłości sensem ostatecznym wszystkiego, co istnieje na świecie. W cierpieniu odnajdujemy sens, który uświadamia nam, że bez Bożej pomocy i ratunku nie zdołamy nic osiągnąć, że powinniśmy zmienić hierarchię naszych wartości a cierpienie jest tajemnicą, którą każdy przeżywa inaczej.

Aby odnaleźć sens w cierpieniu, człowiek wierzący nie pyta Boga, dlaczego cierpi, lecz prosi Go o siłę i wytrwałość, która pozwoli mu zachować wierność wobec swego stwórcy. Wiara człowieka jest wyznacznikiem postawy, jaką przyjmuje cierpiący człowiek, bo wiara rodzi zdolność zrozumienia, dlatego doświadcza on bólu, lęku i niepewności [7]. Dla człowieka niewierzącego lub zbuntowanego wobec Boga cierpienie nie ma sensu i nie daje usprawiedliwienia dla jego istnienia. Taka osoba dąży za wszelką cenę do eliminacji cierpienia, nie zważając na słuszność swojego postępowania. Cierpienie człowieka nie pokona, nie pozbawi go godności i nie utraci on sensu życia, ale w cierpieniu odnajdzie on moralną wielkość swojej ludzkiej osoby.

Bio-psycho-społeczne problemy starzenia się

Człowiek już od momentu poczęcia poprzez rozwój, proces dorastania i dojrzewania, ulega procesowi starzenia się. Na początku są to zmiany dyskretne, niedostrzegalne, które z upływem lat nasilają się, aby w ostatnim okresie życia doszło do rozwoju typowych objawów starości oraz spowolnienia wielu procesów życiowych organizmie.

Biologiczne zmiany dotyczą pogorszenia sprawności fizycznej i utraty sił, upośledzenia wzroku i słuchu, osłabienia pamięci, siwienia, menopauzy lub andropauzy [8]. Proces ten powoduje stopniowe zanikanie funkcji układów i narządów, zmienia się zdolność percepcji zmysłowej węchu i słuchu, obniża się wydolność komunikacji pomiędzy komórkami nerwowymi [9].

Jednym z głównych objawów starzenia się jest postępujący ubytek wody w organizmie, która pełni ważne funkcje życiowe, jako składnik krwi, śliny, moczu, mazi

stawowej. Na skutek niedoboru wody w organizmie dochodzi do odwodnienia i zagęszczenia plazmy w komórkach, co powoduje stopniowy zanik komórek mięszkowych, w powstałych lukach dochodzi do częściowego rozrostu tkanki łącznej, a cały narząd ulega zmniejszeniu. Proces ten nosi nazwę uwiądu starczego. Utrata zdolności do wiązania i zatrzymania wody w organizmie u ludzi starych powoduje utratę elastyczności i wiotkości skóry, co jest przyczyną powstawania zmarszczek. Skóra staje się cieńsza, szorstka i sucha. Zaburzone wydzielanie melaniny powoduje pojawienie się na skórze brązowych plam barwnikowych. W mieszkach włosowych dochodzi do redukcji ilości melanocytów odpowiedzialnych za kolor włosów. Powoduje to postępujący proces siwienia włosów. W kościach spada zawartość minerałów, przede wszystkim wapnia, dochodzi do demineralizacji kości, które stają się kruche i łamliwe. Stawy wykazują mniejszą sprawność, stopniowo ubywa kolagenu w ścięgnach i więzadłach a chrząstka stawowa staje się cieńsza [10].

Z powodu postępującego ubytku wody dochodzi do zmian w płucach i klatce piersiowej. Ściany klatki piersiowej sztywnieją, kurczy się przestrzeń międzyżebrowa i elastyczność płuc, powodując wzrost ilości zalegającego powietrza, zmniejsza się wymiana gazowa, spada zaopatrzenie komórek w tlen.

W układzie krwionośnym aorta traci swą elastyczność, ściany tętnic na skutek miażdżycy ulegają pogrubieniu i twardnieją. W układzie pokarmowym zmniejsza się wydzielanie śliny i soków trawiennych, w żołądku zanika śluzówka i obniża się ilość wydzielanego kwasu solnego. Ma to wpływ na pogorszenie procesów trawiennych i na skład flory bakteryjnej. Dochodzi do niestrawności i zakażeń przewodu pokarmowego. W układzie moczowym obserwuje się zmiany w strukturze narządów i ich czynności. Występuje spadek zdolności do zagęszczania moczu, pęcherz staje się mniej elastyczny, ściany ulegają pogrubieniu, co powoduje problemy z trzymaniem moczu [8].

Z wiekiem obserwuje się też zmiany w narządach zmysłów. Typową cechą jest łagodny ubytek słuchu, obniża się zdolność słyszenia dźwięków. W narządzie wzroku dochodzi do spadku akomodacji soczewki oraz jej mętnienia. Zmniejszeniu ulega progresywne czucie obwodowe z zakresu czucia głębokiego i wibracji. Zmiany te są powodem zaburzeń równowagi i upadków [8].

Psychiczne starzenie się wskazuje na samoświadomość jednostki i jej przystosowanie do stopniowego procesu starzenia się [9]. Na skutek zmian morfologicznych i czynnościowych układu nerwowego w procesie starzenia się, dochodzi do zaburzenia funkcjonowania sfery psychicznej człowieka. W wyniku procesów zachodzących w ustroju dochodzi do zmniejszenia wydolności fizycznej, zmian w wyglądzie zewnętrznym i w zachowaniu się. Pogarszająca się praca narządów zmysłów powoduje ograniczenie samodzielności człowieka starego, staje się on bezradny, często wymaga pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Pojawiają się negatywne zachowania: upór, egocentryzm, apodyktyczność i złośliwość. Zauważa się także sztywność schematów myślowych, poczucie nieomyślności, trudność w zmianie własnych sądów [11]. Często obserwuje się w tym okresie narastającą skłonność do

urojeń, halucynacji, podejrzeń, które mogą doprowadzić do wystąpienia agresji ze strony osoby starej. Występujące zaburzenia pamięci i zmniejszona sprawność intelektualna powodują trudniejsze przyswajanie wiedzy, utratę umiejętności koncentracji i zainteresowań. Seniorzy wykazują niechęć do jakichkolwiek zmian i nowości w codziennym życiu, nawet jeśli to byłyby zmiany prowadzące ku lepszemu. Wszystkie te zmiany powodują wycofanie się i samowykluczenie z życia i ról w społeczeństwie, niejednokrotnie prowadzą do izolowania w środowisku domowym.

Starzenie społeczne to metamorfoza potrzeb i ról społecznych, trybu życia, zabezpieczenia ekonomicznego oraz to jak osoba starsza widzi proces starzenia i jak społeczeństwo odnosi się do niej [6]. Społeczne problemy starzenia się wynikają z zaburzeń funkcjonowania człowieka w sferze fizycznej obejmującej spadek energii życiowej, sprawności ruchowej, zaburzeń snu, bólu, w sferze psychicznej zmiany osobowościowe, zaburzona samoocena. W sferze funkcjonowania w społeczeństwie: problemy w porozumiewaniu się, w nawiązywaniu nowych kontaktów i więzi, niechęć do korzystania z różnych form wsparcia społecznego [12].

Zwykle najcięższym momentem w życiu starszego człowieka jest eliminacja z aktywnego życia zawodowego poprzez przejście na emeryturę. Często czuje się on wówczas osobą już niepotrzebną, nie widzi dla siebie miejsca w społeczeństwie, traci cel dalszego życia. Dochodzi do utraty roli i prestiżu zawodowego, nadmiaru wolnego czasu oraz zmniejszenia zasobów finansowych seniora. Spadek dochodów emeryta powoduje pogorszenie jakości i poziomu jego życia, często kwota, jaką dysponuje stary człowiek nie wystarcza na zaspokojenia jego podstawowych potrzeb życiowych a już staje on przed poważnym wyzwaniem, gdy dochodzą do tego wydatki poniesione na leczenie, rehabilitację czy opiekę [13].

Ludzie starzy przeżywają ten okres jako moment pogarszającego się stanu zdrowia, spadku sprawności fizycznej i psychicznej, pojawienia się chorób przewlekłych, którym często towarzyszy ból. W tym okresie pojawiają się też charakterystyczne stany otępienia starczego, które wywołuje miażdżyca albo zmiany zwyrodnieniowe np. choroba Alzheimera. U człowieka dotąd sprawnego umysłowo dochodzi do zaniku istotnych sprawności, które powodują zmiany osobowości, obniżenia sprawności umysłowej, trudności w codziennych czynnościach i utrzymaniem higieny, problemy z załatwieniem formalności w urzędach [14].

Kolejnym problemem mającym wpływ na stan seniora jest śmierć współmałżonka, która jest niezwykle traumatycznym przeżyciem. Ciężko jest pogodzić się z utratą bliskiej osoby, z którą przeżyło się niejednokrotnie prawie całe dorosłe życie, z którą dzieliło się radości i smutki i lżej było znosić trudy dnia codziennego. Ważne jest dla człowieka starego w tym okresie pozwolenie mu na przeżycie żałoby, nie zabranianie mu płaczu i rozpaczu, cierpliwym słuchaniu i rozmowie o utraconej osobie.

Moment starości to też wypadanie z ról pełnionych w rodzinie. Czynnikiem ułatwiającym adaptację w okres starości jest pozytywne nastawienie rodziny do seniora, akceptacja zmian zachodzących w nim oraz wskazania mu nowej roli w tej rodzinie.

W obecnych czasach daje się zauważyć zanik modelu rodziny wielopokoleniowej, w której człowiek stary czuł się potrzebny, stanowił autorytet oraz skarbnicę mądrości i doświadczenia życiowego. Tylko w niektórych rodzinach starość jest ceniona i poważana przez wszystkich jej członków, panują serdeczne kontakty rodzinne, a wnuki stanowią nieocenioną pomoc w przedłużeniu wartości seniora w społeczeństwie. To swobodny i wolny moment w życiu rodzinnym, który człowiek starszy może wykorzystać w sposób twórczy i pożyteczny, ale to też czas poświęcony na rozmyślanie o przemijającym życiu, oddanie się modlitwie i praktykom religijnym. To jak postrzega się sam człowiek starszy, jego wygląd zewnętrzny oraz postawa wobec starości ma wpływ na to, jak postrzega go społeczeństwo, w którym żyje.

Przedłużenie życia osób starszych wymaga od polityki państwa zajęcia się problemami zdrowotnymi i bytowymi tej grupy społeczeństwa. Dyskusję wywołuje problem utrzymania zdrowia u osób w podeszłym wieku. Państwo powinno uwzględnić w polityce ochrony zdrowia konieczność kształcenia większej ilości lekarzy geriatrów, którzy wspólnie z psychologiem i psychiatrą powinni razem rozwiązywać problemy zdrowotne ludzi starszych. System polityki społecznej powinien zapewnić godny byt i wszelką pomoc i wsparcie. Wzrastająca w człowieku świadomość starości ma wpływ, na jakość życia w tym okresie, co wymusza wzrost zapotrzebowania na czynne formy wypoczynku i rozwój życia kulturalnego dla seniorów [15].

Postawy osób starszych wobec starości i ich jakość życia

Dla jednych wejście w proces starzenia oznacza koniec życia, dla innych to czas odnalezienia nowego sensu życia. Starość jest lustrzanym odbiciem naszego wcześniejszego życia, można powiedzieć, że kształtujemy ją, nosimy i pracujemy na nią już od poczęcia. Jest kontynuacją naszej postawy wobec życia. Na postawy wobec starości ma wpływ stan fizyczny i psychiczny osoby starszej, zachodzące zmiany fizyczne i psychiczne obniżają zadowolenie z życia.

D. B. Bromley wyróżnił pięć typów postaw ludzi wobec starości:

- *postawa konstruktywna* – to optymistyczne nastawienie do własnej starości, zadowolenie z życia, pogodzenie z upływającym czasem. Osoby przyjmujące taką postawę cieszą się z życia, zachowują kontakty z innymi ludźmi i dążą do nawiązywania nowych znajomości, przeciwdziałają samowyluczeniu z dotychczas pełnionych ról społecznych. Po zaprzestaniu aktywności zawodowej podejmują aktywujące ich zajęcia zastępcze. Dodatni bilans życiowy i optymizm pozwala im traktować śmierć, jako naturalne zdarzenie, które nie wywołuje rozpacz i żalu.

- *Postawa zależności* – to bierność, poddanie się procesowi starzenia oraz zależność od innych, dom ma im zapewnić poczucie bezpieczeństwa. Osoby takie oczekują na wsparcie materialne i emocjonalne od otoczenia, zarazem bez okazywanego im wsparcia mają poczucie krzywdy i żalu, pełni optymizmu cechują się jednocześnie niską zaradnością życiową.

- *Postawa obronna* – to samowystarczalność, odrzucenie pomocy innych, nieakceptowanie starości. Osoby takie są przesadnie opanowane, wykazują strach i lęk przed utratą kontroli nad własnym życiem, obawiają się śmierci oraz wykazują pozorne dostosowanie do zmienionych warunków życia.

- *Postawa wrogości do otoczenia* – to bunt wobec starości, strach przed śmiercią przypisywanie winy za niepowodzenia innym. Osoby takie cechuje duża agresja, nieufność, winą za swoje niepowodzenia obarczają społeczeństwo, miewają stany lękowe i depresyjne.

- *Postawa wrogości do siebie* – bierne poddanie starości, ujemny bilans życiowy, zaniżona samoocena. Osoby takie są nieaktywne i niezaradne, nie buntują się przeciwko starości, śmierć uważają za wyzwolenie od [16].

Wkraczając w okres starości dość drastycznie zmienia się sytuacja człowieka, która jest zależna od jego zapatrywania się na nieuniknione zmiany w przyszłym życiu i sposobu radzenia z problemami.

Osoba pozytywnie nastawiona cieszy się, że nadal może efektywnie wykorzystywać czas, jaki jej pozostał, nie żyje tylko przeszłością, skupia się na teraźniejszości i na przyszłości. Jest dumna ze swojej niezależności, nie boi się zmian, choć ceni sobie swoje uporządkowane życie. Mniejsza sprawność nie zniechęca go do podejmowania różnych wyzwań i zdobywania nowych umiejętności. Jego aktywna postawa jest adekwatna do wieku i stanu, w jakim się znajduje. Myśl o sensie życia, przemijaniu i śmierci nie budzi w nim lęku [17].

Osoba nie akceptująca swojej starości, nie umiejąca zaakceptować zmian zachodzących w życiu, nie radzi sobie z procesem starości. Uświadamia sobie, że jej wiek jest źródłem całego zła, które ją dotyka i jest przyczyną cierpienia fizycznego i emocjonalnego, a lęk i strach z tym związane podsycają dodatkowo negatywne emocje. W miarę starzenia się wyizolowuje się z czynnego życia, w razie pojawiających się trudności staje się bezradna, nie usiłuje temu zaradzić tylko oczekuje natychmiastowej pomocy ze strony środowiska, trudno jej przystosować się do nowej sytuacji.

Presja środowiska ma także wpływ na postawę, jaką przyjmują osoby wkraczające w starość. Media promują kult młodości, witalność i idealizuje życie jednostki. Kładą nacisk na sprawy bytowe a nie doceniają rozumu i doświadczenia życiowego. Środowisko postrzega człowieka starego, jako osobę zniedołężniałą, stale wymagającą pomocy, absorbującą innych swoimi problemami, z ograniczonymi środkami na utrzymanie i często licznymi zaburzeniami psychicznymi. W takim nastawieniu społeczeństwa starość budzi odrazę, u ludzi wrażliwych i szlachetnych powoduje wyrozumiałość i budzi współczucie. Występuje nacisk ze strony społeczności na wycofanie seniorów w cień życia, nieobciążania innych ciężarem utrzymania tej grupy. Postawa taka wynika z obawy i lęku młodszego pokolenia przed czymś nieuniknionym, co czeka każdego. Widok człowieka starego przypomina, że starość jest nieuchronna, prowadzi do śmierci, dotknie kiedyś także młodsze pokolenie, a to budzi strach w niejednym człowieku [17].

Postawa wobec starości zmienia także potrzeby człowieka oraz hierarchię ich kolejności. Potrzeby te można podzielić na:

- podstawowe, czyli schronienie, a w nim odpowiednie warunki socjalno-bytowe, wyżywienie, możliwość stałego dostępu do pomocy medycznej i środowiskowej.
- psychiczne, czyli zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, prawo do podejmowania decyzji i własnych wyborów, poczucie przydatności i szacunku, możliwość aktywacji, podtrzymywanie kontaktów z rodziną i najbliższym otoczeniem.
- religijne, które nabierają całkiem nowego znaczenia niż we wcześniejszych latach, możliwość modlitwy i podejmowania praktyk religijnych [15].

Postawa wobec starości ma wpływ na jakość życia wieku podeszłego. Osoba starsza powinna uzmysłwić sobie, że życie jest zbyt cennym darem, aby go nie wykorzystać dopóki starczy sił. Wg definicji WHO, jakość życia to percepcja przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje i w relacji do zadań, oczekiwań, standardów, zainteresowań. To szeroka koncepcja pozwalająca jednostce ocenić w sposób kompleksowy stan jej zdrowia fizycznego, psychicznego, poziom niezależności, pełnionych ról społecznych i relacji ze środowiskiem [15].

Indywidualność i niepowtarzalność każdego człowieka powoduje, że każdy na swój własny sposób powinien odnaleźć wskazówkę dotyczącą tego, jaką formę życia wybrać, aby optymalnie wykorzystać pozostały okres życia, zachowując przy tym radość, optymizm i dobre samopoczucie do jego końca.

Składowymi procesu starzenia się są: czynniki genetyczne, środowisko, starzenie fizjologiczne, przewlekłe choroby i wynikająca z tego niepełnosprawność. Eliminacja niektórych negatywnych czynników może spowolnić proces starzenia, a różne próby zatrzymania tego procesu należy traktować, jako postawę nieodpowiedzialną i bezmyślną nie mającą naukowych podstaw [18].

Wysoka jakość życia wieku podeszłego związana jest z osiągnięciem satysfakcji z życia, niepodporządkowaniu go ograniczeniom wynikającym z procesu starzenia, choroby czy niepełnosprawności. Organizm człowieka przeznaczony jest do ciągłej aktywności fizycznej i psychicznej. Harmonia wynikająca ze współgrania ze sobą aktywności i działania stanowi podstawę dobrego zdrowia i pomyślnego starzenia się. Dobroczynny wpływ na zachowanie aktywności fizycznej ma każdego rodzaju forma ruchu: uprawianie sportu, spacer, pływanie, jazda na rowerze. Ruch ma wpływ na cały organizm, w szczególności na układ ruchu, krążenia, oddychania. Człowiek starszy musi pamiętać, aby forma ruchu była dostosowana do jego wieku, możliwości, zasobów materialnych. Zły dobór zniechęca do dalszej aktywności fizycznej. Często obserwuje się wybór sportu nieadekwatnego do wieku, celem tego jest odmłodzenie się za wszelką cenę. Staje się to przyczyną urazów, a niepodołanie temu wyzwaniu rodzi frustrację. Aktywność ruchowa ma także dobry wpływ na zmniejszenie zaburzeń snu, odczuwania bólu, depresję. Aktywność psychiczną człowiek starszy osiąga poprzez rozwijanie swoich zainteresowań, czytanie, rozwiązywanie krzyżówek i szarad. Również poprzez pogłębienie swojej wiedzy senior rozwija swoją aktywność psychiczną. Realizuje to

uczestnicząc w różnych prelekcjach, wykładach. Zajęcia na Uniwersytecie Trzeciego Wieku pozwalają w dzisiejszych czasach na jednoczesną realizację obydwóch form aktywności.

Higiena odżywiania jest kolejnym ważnym elementem wpływającym, na jakość życia wieku starszego i spowalniania procesu starzenia się. Konieczne jest utrzymanie prawidłowej masy ciała, ponieważ otyłość jest jednym z czynników wpływających negatywnie na przebieg procesu starzenia się. Wskazane jest pozbycie się zbędnych kilogramów poprzez stosowanie diety i ruch. Dieta powinna być dostosowana do trybu życia seniora, jego wieku, zapotrzebowania energetycznego oraz zależna od istniejących chorób [18].

Człowiek wchodzący w etap starości powinien pożegnać się z przeszłością, a oczekiwać przyszłości z pozytywnym nastawieniem, niezależnie od tego, co ze sobą przyniesie. Ważna jest w tym okresie profilaktyka niedołęstwa starczego, która ma na celu utrzymanie optymalnej sprawności fizycznej i psychicznej mającej zapewnić ciągłą zdolność do samoobsługi. Działania te obejmują:

- ruch,
- organizacja czasu wolnego,
- higiena odżywiania,
- wczesne wykrywanie i leczenie chorób wieku podeszłego,
- konsekwentne usprawnianie po dłuższym unieruchomieniu spowodowanym chorobą [18].

Umieranie jako ostatni etap życia człowieka

Śmierć jest jedną z niewielu spraw w życiu człowieka, której możemy być pewni, a świadomość tego nadaje bytowi ziemskiemu ludzkiego wymiaru. Człowiek stara się dbać o dobrą formę fizyczną, o zdrowie, aby uchronić się przed chorobą i wieść długie życie. Jednak doskonale wie, że kiedyś życie dobiegnie kresu, nastąpi śmierć, bo nikt nie posiadał tajemnicy nieśmiertelności. Ale w życiu, zwłaszcza osoby starej, przychodzi moment, kiedy ta śmierć jest wręcz wyczekiwana. Choroba, cierpienie, ból, samotność, utrata sensu życia, powodują, że człowiek wyczekuje śmierci jako moment wyzwolenia od przykłej sytuacji. Myślenie o umieraniu i śmierci często odkładamy na koniec życia. Unikamy rozmów o tym, ponieważ w śmierci nie widzimy nic ludzkiego i dlatego spychamy ją do sfer tabu.

Jak pisał Seneka „*wiodę cię na śmierć od chwili, gdyś się narodził.*” Mówiąc jednoznacznie: tak jak narodziny są początkiem, tak i śmierć jest końcem życia. Jednak na nic zda się każda wielka myśl, jeżeli człowiek sam w sobie nie odnajdzie własnej drogi życia i śmierci. Nie można żyć pełnią życia, jeśli wytnie się z niego ważny element, jakim jest śmierć. Seneka mówił: „*Przez całe życie należy się uczyć żyć*”, „*(...) i - co może jeszcze bardziej zdziwi - przez całe życie należy się uczyć umierać.*” *Zatem „(...) ars moriendi to ars vivendi - sztuka umierania jest sztuką życia.”* [19].

W życiu człowieka śmierć jest ciosem zadany przez starość, a to, co z życia starość zabiera powoli, śmierć odbiera szybko, bezwzględnie i całkowicie. Człowiek może doświadczenie śmierci uczynić czymś lepszym, tak dla żyjących, jak i dla tych, co odchodzą. Niewiedza, niepewność i lęk uczyniły umieranie przerażającym przeżyciem, samotnym i zdehumanizowanym [19].

Lęk wywołany myślą o śmierci jest strachem przed utratą dotychczasowego życia, unicestwianiem ciała i rozpadem. Wywołuje ból, wyrzuty sumienia oraz rozpacz z powodu pozostawienia najbliższych, gdy sami odchodzimy. To połączenie smutku i wszechogarniającej trwogi przed śmiercią uświadamia człowiekowi, że życie nie jest dane raz na zawsze [20].

Umieranie jest punktem bez powrotu, procesem składającym się z różnych, powiązanych ze sobą, problemów medycznych, duchowych i społecznych. Umierający człowiek w obliczu śmierci, czuje się oszukany przez swoją nieświadomość i niepokodzony z nieuchronnym końcem. E. Kübler-Ross mówi o pięciu postawach psychicznych osób umierających, przeżywania śmierci bliskich i przeżywania własnej śmierci: zaprzeczeniu, gniewie, targowaniu się, depresji i akceptacji [21].

Refleksje nad własną skończonością rodzą w człowieku pytanie, czy oswojenie ze śmiercią w ciągu upływającego życia spowoduje, że życie stanie się pełniejsze i wpłynie na lepsze przygotowanie się do własnej śmierci i pomocy umierającemu w najbardziej samotnej ścieżce życia, jaką jest proces umierania.

Każdemu umierającemu przysługuje prawo do godnej i naturalnej śmierci, a uszanowanie tego prawa winno być obowiązkiem każdej istoty ludzkiej. Wytyczne te zawiera Karta Praw Człowieka Umierającego. Zawiera dziesięć praw przynależnych umierającym:

I Prawo do naturalnej, godnej i świadomej śmierci.

Wiąże się to bezpośrednio z prawem godnego życia. Podstawowe prawa do życia nie narusza tylko naturalna śmierć, która jest wynikiem procesu starzenia się organizmu lub następstwem nieuleczalnej choroby, bez sztucznego przedłużania jej poprzez uporczywą terapię i samego przyspieszania śmierci. Godne umieranie to poszanowanie świadomości i podmiotowości umierającego, to zachowanie relacji z rodziną i z otoczeniem.

II Prawo do umierania we własnym domu, a jeśli to możliwe nigdy w izolacji i osamotnieniu.

Zapewnia to człowiekowi dożywanie końca swoich dni w znanym środowisku i otoczeniu, daje poczucie bezpieczeństwa, podtrzymuje łączące więzi rodzinne. Obecność rodziny daje choremu pocieszenie i zapewnia równowagę duchową.

III Prawo do zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości.

Umierający skupiając się na fizycznym bólu i cierpieniu traci kontrolę nad sobą, przez co pozbawia go to możliwości świadomego umierania, ogranicza i zaburza relacje z otoczeniem. Opiekujący się takimi osobami powinni uśmierzyć ból, jednocześnie pamiętając o tym, aby nie pozbawić umierającego świadomości.

IV Prawo do rzetelnej informacji o stanie swego zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji.

Umierający powinien mieć świadomość swojego położenia. Nadchodząca śmierć dotyczy głównie samego umierającego i jest to zbyt ważna wiadomość, żeby zatajać ją przed człowiekiem. Pełna i rzetelna informacja o stanie zdrowia umożliwia uczestnictwo w podejmowaniu, na równi z zespołem terapeutycznym, decyzji medycznych oraz załatwieniu spraw osobistych.

V Prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności.

Nikt nie może określać, jakości życia umierającego i traktować go jakby już utracił prawo do życia. Do ostatnich chwil, a nawet już po śmierci, należy szanować wrodzoną i przynależną godność człowieka. Troskliwa pielęgnacja i życzliwa postawa wyraża szacunek i wzmacnia godność umierającego.

VI Prawo do otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci.

Sama obecność drugiej osoby oraz chęć wysłuchania, jest często wystarczająca dla umierającego. Umieranie przeraża człowieka, sprawia, że w pojedynkę ciężko temu sprostać, dlatego potrzebuje on współistnienia innych osób w tym wydarzeniu, aby nie utracić poczucia godności i sensu życia.

VII Prawo do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi.

Zachowanie ciągłości kontaktów z bliskimi daje człowiekowi umierającemu poczucie ciągłości życia i zapewnia bezpieczeństwo. Umożliwia mu to kontynuację wcześniejszych funkcji osobowych i społecznych.

VIII Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego z przekonaniami.

Umierający doświadcza wielu negatywnych emocji związanych ze śmiercią i nie jest mu łatwo pogodzić się z nadchodzącym końcem życia. Traci wtedy poczucie sensu życia i godności własnej. Osoba towarzysząca człowiekowi w ostatnich chwilach życia powinna, szanując jego światopogląd i wyznanie, pomóc mu pogodzić się z nadchodzącą śmiercią i uzyskać wewnętrzny spokój.

IX Prawo do rezygnacji z uporczywej terapii przedłużającej umieranie.

Decyzję o odejściu od uporczywej terapii podejmuje wyłącznie sam umierający po zapoznaniu się z opinią kompetentnego lekarza, zgodną z jego wiedzą i sumieniem. Uporczywa terapia, która nie obejmuje łagodzenia bólu, nawadniania i dożywiania, nieskuteczna leczniczo przedłuża umieranie.

X Prawo do należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci.

Ciało człowieka zasługuje na szacunek nie tylko wtedy, gdy jest młode i sprawne, ale również, gdy się starzeje i staje się niedołążne. Po śmierci, ze względu na historię życia zmarłego, nadal należy podtrzymywać ten szacunek, wyrażając go poprzez godne przygotowanie ciała do pochówku i złożenia w grobie [22].

Należy pamiętać, że człowiek umierający nadal pozostaje człowiekiem i do końca posiada, z racji swojego człowieczeństwa, przynależną mu godność i wynikające z tego

prawa, które chronią go w tej sytuacji. Prawa umierającego jawią się, jako gwarancja respektowania należnej godności aż do momentu śmierci. Godności poszukiwanej w umieraniu powinno się szukać w godności, z jaką żyje człowiek [22].

Czas trwania procesu umierania jest różny, może obejmować minuty, godziny lub być rozłożony w czasie na dni i tygodnie. Jest to, niezwykle istotny dla umierającego, ostatni ziemski czas, a to jak on będzie wyglądał zależy w znacznym stopniu od otoczenia, w którym znajduje się dana osoba. Jak powiedział dr Tomasz Dangel – założyciel Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci: „*Nie można leczyć ludzi, po czym w najtrudniejszym dla nich momencie-gdy umierają-zostawić ich samych*”.

Współistnienie z umierającym w ostatnim etapie jego życia to trudne wyzwanie tak dla najbliższych, jak i osób nim się opiekujących. To dramatyczne chwile, które są związane z rozstaniem ze światem, pożegnaniem i utratą wszystkiego, co najdroższe. Śmierć jest łatwa, ale tylko wtedy, gdy nie dotyczy nas samych oraz nikogo z najbliższego otoczenia. Osoby towarzyszące umierającemu odczuwają złość, smutek, żal oraz rozpacz [23].

Tylko niewielki odsetek ludzi pragnie umrzeć w instytucji ochrony zdrowia, z pełnym dostępem do lekarzy, pielęgniarek i procedur medycznych, które będą kontynuowane aż do ostatnich chwil. Znaczna część woli pozostać w swoim domu, zwłaszcza, gdy śmierć jest realna i człowiek się z nią świadomie godzi. Towarzystwo umierającemu przez personel medyczny wskazuje na potrzebę większej humanizacji śmierci i wymaga holistycznego podejścia ze szczególnym zwróceniem uwagi na psychiczne i duchowe potrzeby umierającego i jego rodziny. Umieranie jest indywidualną sprawą, z którą musi uporać się sam umierający, a od personelu medycznego wymaga się efektywnego wsparcia oraz współodczuwania, nigdy nie współczucia. W obecnych czasach ludzkość stworzyła cywilizacyjny model śmierci, poniekąd w złym tego słowa znaczeniu. Śmierć została ukryta za murami szpitala, samotna, obdarta z ludzkiego oblicza i wyekspediowana na nowoczesny pochówek.

Od zawsze człowiek bał się bólu i samotności. Nawet najbardziej sprzyjające otoczenie nie zastąpi obecności drugiego człowieka. Już tylko samo bycie z drugą osobą pokonuje samotność. Nie zawsze potrzeba słów czy rozmowy, czasem ciche milczenie jest wymowniejsze od najdłuższego dialogu. Warto przysiąść na chwilę obok umierającego, potrzymać za rękę, pogłaskać. Drobne gesty, które czynią nasze życie łatwiejszym, na co dzień, są dużym wsparciem dla umierającego.

C. Saunders, założycielka ruchu hospicyjnego, sformułowała trzy życzenia umierającego: *Pomóż mi. Wysłuchaj mnie. Zostań ze mną.*

Zgodnie z tymi założeniami to umierający jest najważniejszy i należy spojrzeć na rzeczywistość jego oczami. Wymaga to zachowanie powagi, spokoju, bez ingerencji z niepotrzebnymi czynnościami medycznymi, pielęgnacyjnymi. Należy zdecydować, jaką przyjąć postawę wobec umierającego. Czy będzie to otwartość i zrozumienie oparte na empatii, czy zamknięta i niedostępna postawa. Umiłowanie drugiego człowieka, czyni każdą czynność lub posługę, czymś łagodnym i uważnym, od troskliwości i gorliwości,

oddanej miłości do pokornej gotowości niesienia pomocy. Umierający wpatrując się w twarz opiekuna dostrzega na jego twarzy każdy grymas, wyczuwa zdenerwowanie, negatywne nastawienie i pośpiech.

Należy pamiętać, aby ostatnia łza spływająca po policzku człowieka umierającego, była wyrazem wdzięczności, a nie znakiem opuszczenia i samotności.

Warto zadać pytanie, czy człowiek w społeczeństwie XXI wieku potrafi fizycznie, umysłowo i duchowo towarzyszyć tym, których miłuje, i których kochał w ich ostatniej drodze, zamknąć im oczy i w geście miłości bliźniego ucałować w czoło, gdy życie dochodzi do końca? Czy traktuje śmierć jako naturalną czy jako intruza, który bez zgody zabiera ze społeczeństwa jego członków, przypominając pozostałym o ich nieuchronnym końcu, a pierwsze objawy zbliżającej się śmierci traktuje, jako niewygodną rzecz wymagającą natychmiastowego skrócenia z dala od oczu wszystkich? Ludzie są coraz mniej skłonni uznać życie za wartość najwyższą, którego długość nie może zależeć od woli ekspertów medycyny, polityków, ekonomistów [24].

Należy zwrócić uwagę, że w dzisiejszych czasach spada wartość życia ludzkiego. Człowiek, który poprzez swoją chorobę, niepełnosprawność czy starość lub przez samo swoje istnienie zagraża dobrobytowi lub stylowi życia osób uprzywilejowanych, bywa postrzegany jako wróg, przed którym trzeba się bronić lub go wyeliminować. Społeczeństwo uznaje wartość życia tylko wtedy, gdy jest ono źródłem dobrobytu i przyjemności, a cierpienie postrzega jako ciężar, którego należy się pozbyć, a życie uznaje w tym wypadku za pozbawione sensu, gdyż zostało wystawione na udramę. Pomimo dużego postępu w medycynie, fachowcy z tej dziedziny nie potrafią poprawić jego jakości, podnieść obniżonej wartości. Zatem wysuwa to wniosek, że może takie życie należałoby skrócić, zastosować eutanazję. Eutanazja stała się sporem o człowieczeństwo, sporem o sens cierpienia i sens śmierci. Zrodziła pojęcie godnej śmierci, kultury umierania a może stara się ucywilizować zadanie bliźniemu śmierci [3].

Wyraz eutanazja wywodzi się z języka greckiego, oznacza „dobrą śmierć”, obecnie rozumiana jako pomoc medyczną w skróceniu długości życia człowieka nieuleczalnie chorego, którego cierpienie stało się nie do zniesienia. Według jednych to zabicie człowieka na jego wyraźną prośbę czy żądanie, a drugich, jako przyspieszenie śmierci, zabójstwo z litości, pomoc w umieraniu. Głównym motywem takiego działania jest pragnienie pozwolenia na odejście osobie z należną mu godnością.

Eutanazję dzieli się na czynną i bierną. Czynna to celowe i przemyślane działanie mające na celu spowodowanie śmierci u osoby śmiertelnie chorej lub w agonii. Eutanazja bierna to postępowanie pod wpływem współczucia i na żądanie osoby umierającej, polegające na zaniechaniu wobec niego środków i procedur podtrzymujących życie. Wyróżnia się również wspomagane zabójstwo, które polega na dostarczeniu umierającemu, środków chemicznych niezbędnych do zakończenia życia [9].

Konflikt wokół eutanazji bierze się z różnych systemów wartości, jakimi kieruje się człowiek. Przeciwnicy eutanazji uważają życie ludzkie za dar dany przez Boga, uznają je za wartość najwyższą. Zwolennicy twierdzą, że najważniejsza jest wola chorego,

złagodzenie i uwolnienie od cierpienia oraz prawo człowieka do zachowania godności w rozumieniu jak ową godność postrzega umierający [25].

Eutanazja zastępuje ludzką, naturalną i godną śmierć, nieludzkim rodzajem śmierci zadanej człowiekowi. Jej wyższość ma polegać na oszczędzaniu umierającemu nieludzkiego i niepotrzebnego cierpienia. Lecz skoro cierpienie jest wrogiem życia, to czy nie należałoby zwalczyć istniejącego cierpienia nie zaś samego życia? Prośba o eutanazję jest wołaniem umierającego o wysłuchanie, o empatię, jest krzykiem o pomoc. Wśród umierających wypowiedzenie prośby o eutanazję nie zdarza się zbyt często. Wypowiadają oni pragnienie śmierci zazwyczaj, gdy odczuwają silny ból, lub dokuczają im inne dolegliwości fizyczne, z którymi nie potrafią sobie poradzić. Gdy przez zły stan emocjonalny wywołany depresją, brakiem wsparcia ze strony rodziny, czują się samotni i opuszczeni, wyrażają wolę skrócenia życia. Poprawa warunków opieki, zniesienie bólu powoduje słabnięcie lub zaniechanie pragnienia śmierci. O ile ból fizyczny nie powinien sprawiać problemów w jego niwelowaniu, o tyle ból duchowy jest trudny do opanowania, bo jedynym dla niego ratunkiem jest drugi człowiek. Już sama milcząca obecność drugiej osoby, czuły gest wykonany w stronę umierającego, potrafi zlikwidować duchową udramę. To najlepszy dowód na to, że dobra opieka i humanizm jest sposobem zapobiegania eutanazji [26].

Umieranie i śmierć należą nierozdzielnie do życia. Umierający nie przestaje być człowiekiem, nadal posiada godność osobistą i wynikające z niej prawa. Śmierć godna to śmierć naturalna, która jest skutkiem zmian biologicznych organizmu w wynikłych z procesu starzenia lub następstwo choroby nieuleczalnej bez sztucznego jej przyśpieszenia. Godność nie może być wynikiem umowy społecznej, woli ekspertów medycyny, ale wywodzi się z prawa do życia i żadna przesłanka medyczna czy ekonomiczna nie powinna mieć legalnego tytułu do zniszczenia życia poprzez zadanie śmierci. Eutanazja odbiera człowiekowi prawo do godnej i naturalnej śmierci [27].

Nie można dopuścić, aby społeczeństwo oceniało życie człowieka starego przez pryzmat czegoś dobrego i pożytecznego lub jako ciężar a w zależności od tej oceny podejmować decyzję o traktowaniu życia ludzkiego nie jako celu, ale jako czegoś bezwartościowego, niepotrzebnego, którego nie warto ratować dla niego samego. Zwolennicy eutanazji próbują wymusić na rodzinie osoby starszej decyzję o skróceniu życia osoby im najbliższej. Przyznanie prawa decyzji o eutanazji rodzinie starego człowieka wywołuje lęk u osoby starszej przed własną rodziną, dla której może być nie istotny sam człowiek, lecz względy ekonomiczne czy styl ich życia. Z obawy przed eutanazją ludzie starsi niejednokrotnie nie wyrażają zgody na pobyt w domach spokojnej starości, placówkach medycznych, które mogłyby zapewnić im godną starość i śmierć. Eutanazja ludzi starszych jest egoistyczną odmową ponoszenia trudów związanych z opieką nad umierającymi, fałszywą litością i wynaturzeniem, które skłania do zabicia [25].

W Polsce eutanazja jest nielegalna i jest przestępstwem. Zapis o tym znajduje się w Kodeksie Karnym (ustawa z dnia 6.06.1997 r.).

Art.150§1 mówi: „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Także Kodeks Etyki Lekarskiej mówi:

Art.30 „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca złagodzić cierpienia chorego w warunkach terminalnych i utrzymać w miarę możliwości jakość kończącego życia”.

Art.31 „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji” [25].

Konstytucyjne prawo do decydowania o sobie i swoim życiu oraz dysponowania własnym ciałem zostało uznane za prawo każdego człowieka, a dobro człowieka jego najwyższym prawem. To samo prawo zmusza do zastanowienia się, czy słuszne jest odmówienie prawa do eutanazji osobie ciężko chorej, która w końcu i tak umrze w bólu powodującym bezsensowność owego cierpienia. Czy sprzeciw wobec eutanazji nie będzie odebrany jako przejaw nietolerancji praw wobec ludzi starych i chorych- walką z prawem przysługującym człowiekowi [25].

Kościół katolicki sprzeciwia się i potępia eutanazję. Akcentując godność człowieka i jego życia nie akceptuje wszelkich form jego skracania. Fundamentalną zasadą chrześcijaństwa jest stwierdzenie, że człowiek nie jest panem swojego życia i śmierci, jest tylko jego zarządcą. To Bóg dał życie człowiekowi i tylko On może je odebrać. Papież Jan Paweł II w encyklice „Evangelium vitae” potępia eutanazję, stwierdzając, że to, co wydaje się czymś logicznym i humanitarnym po głębszym przemyśleniu, okazuje się nieludzkie i absurdalne. Nazywa eutanazję zbrodnią, na którą ludzkość nie powinna przyzwolić.

Czytamy w encyklice Ojca Świętego:

„Jesteśmy wezwani, aby kochać i szanować życie każdego człowieka oraz dążyć wytrwale i z odwagą do tego, by w naszej epoce, w której mnożą się zbyt liczne oznaki śmierci, zapanowała nowa kultura życia, owoc kultury prawdy i miłości”.

Papież woła: *„Sznuj, broń, miłuj życie, służ życiu; każdemu życiu ludzkiemu”* [5].

Postawa protestantów wobec eutanazji nie jest jednoznaczna. Na uzasadnienie jej stosowania wskazują przykazanie miłości bliźniego. W judaizmie życie ludzkie stanowi wartość absolutną i świętą, przez co staje się nietykalne. Wyznawcy islamu wierzą, że człowiek ma prawo decydować o śmierci swojej oraz osób drugich nawet w przypadku nieuleczalnej choroby. Etyka buddyjska potępia unicestwienie każdej formy życia i stawia taki czyn na pierwszym miejscu negatywnych uczynków [25].

Eutanazja staje się aktem wymagającym szczególnego potępienia, gdy przybiera formę zabójstwa dokonanego na osobie, która w żaden sposób nie wyraziła swojej woli w tym względzie ani nie dała na to zgody. Życie osób bez oznak świadomości, w stanie wegetatywnym, których codzienność zależy od innych także posiada sens albowiem taki człowiek nadal żyje i nikomu nie dał prawa przerywać swego istnienia [28].

Dyskutując o eutanazji skupiamy się na godnym życiu, ale mało poświęcamy uwagi godnemu umieraniu. Czy w przypadku, gdy jednoznacznie stwierdzono, że śmierć jest

nieunikniona i bliska, nie jest miłosiernym aktem pozwolić człowiekowi na odejście bez bólu i cierpienia poprzez zaprzestanie stosowania uporczywej terapii. Uporczywa terapia, pomijając łagodzenie bólu, nawadnianie i dożywianie, nieskuteczna leczniczo przedłuża umieranie. Rezygnując z zabiegów medycznych, które przestały już dawać efekty, na jakie można liczyć, zbyt uciążliwych i nietrwałych dla umierającego, pozwalamy umrzeć człowiekowi z należną mu godnością [28].

Cele badań:

Cel ogólny: Ocena podejścia osób starszych – pacjentów NZOZ Zgromadzenia Sióstr Św. Elżbiety w Miłkowie – do kwestii godnego życia, umierania i naturalnej śmierci.

Cele szczegółowe:

1. Określenie stosunku badanych do własnej starości.
2. Ukazanie postrzegania godności, cierpienia i naturalnej śmierci przez respondentów.
3. Określenie, stosunku badanych do uporczywej terapii.
4. Ustalenie liczby osób, które byłyby (lub nie) skłonne poddać się eutanazji bądź zakończyć życie w sposób naturalny.
5. Wykazanie czynników wpływających na stosunek osób starszych do własnej starości, eutanazji i naturalnej śmierci.

Material i metoda badań

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie od stycznia do końca lutego 2015 roku. W celu przeprowadzenia badań wybrano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowej. Narzędziem badawczym był tu kwestionariusz ankiety, który został opracowany pod kątem celu badań. Kwestionariusz ankiety był zaopatrzone w informacje, w jakim celu przeprowadza się badania oraz zapewnienie o ochronie zebranych informacji. Zawierał łącznie 26 pytań, w tym 5 pytań metrykalnych i 21 pytań właściwych dotyczących przedmiotu badań.

Wypowiadali się tu tylko ci pacjenci, którzy chcieli wziąć udział w badaniu. Większość chorych prosiła badającego o odnotowanie swoich odpowiedzi, gdyż mieli oni trudności z pisaniem, ze względu na chorobę i wiek. Jedynym kryterium doboru pacjentów był „dobry poziom” sprawności intelektualnej pacjenta.

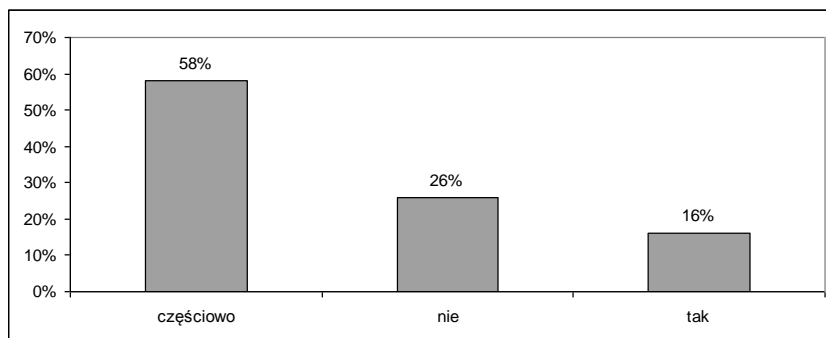
Badaniem objęto 50 osób w wieku od 79 do 94 lat. Wszyscy respondenci byli pacjentami NZOZ Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety w Miłkowie.

Wyniki badań

Badaniem objęto grupę 50 pacjentów. Wśród respondentów znalazło się 38 kobiet, co stanowi 76% ankietowanych oraz 12 mężczyzn (24%). Badani pacjenci byli w wieku

od 79 do 94 lat. Średnia wieku mężczyzn wynosiła 82,0 lat, kobiet – 87,0 lat, średnia wieku dla całej zbiorowości – 84,5 roku.

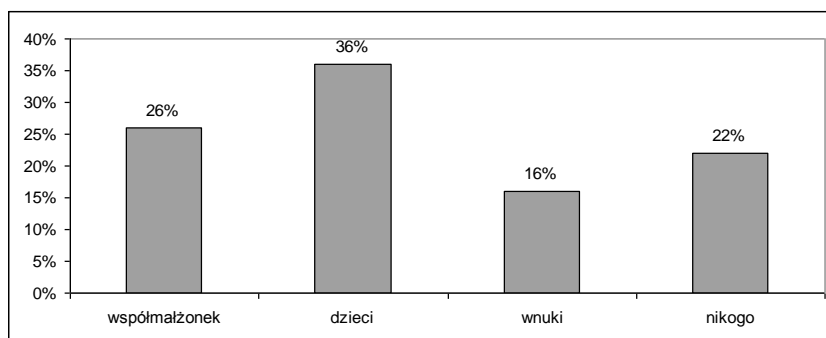
Postawa człowieka wobec własnego starzenia się i starości zależy głównie od ogólnej sprawności fizycznej. Na pytanie, czy osoby starsze są osobami samodzielnymi, uzyskano od badanych odpowiedzi, które przedstawiono na wykresie 1.



Wykres 1. Czy badane osoby są samodzielne?

Z powyższego wykresu widać, że samodzielnych jest 8 osób, co stanowi 16% ogółu badanych, niesamodzielnych osób, które wymagają pomocy jest 13, tj. 26%. Największą grupę stanowią osoby częściowo samodzielne (29 osób, tj. 58%).

Jak wiemy, postawa wobec starości wynika także z tego, czy dana osoba jest samotna czy ma wsparcie ze strony rodziny. Czy zatem w grupie badanej są osoby samotne?

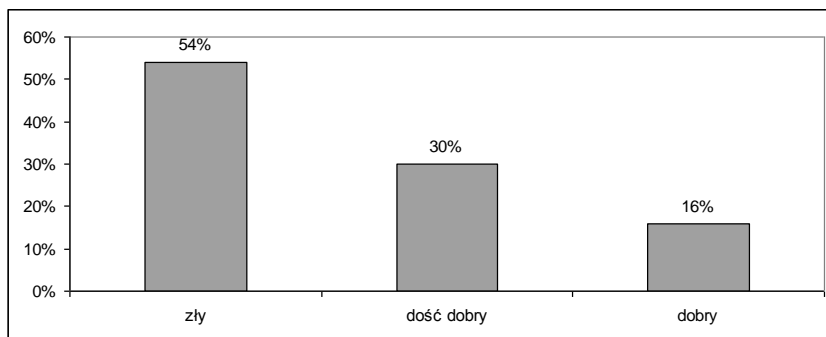


Wykres 2. Czy osoba starsza ma rodzinę lub znajomych

Jak widać z wykresu 2, współmałżonka ma 13 osób, to jest 26% badanych, także duża grupa ma dzieci – 18 osób, tj. 36%, wnuki – 8 osób, tj. 16%. 11 osób tj. 22% nie ma nikogo z najbliższej rodziny lub znajomych.

Przyjrzyjmy się teraz, czy osoby starsze mogą liczyć na czyjąś pomoc? Badania wykazały, że na pomoc mogą liczyć tylko 23 osoby, tj. 46% ogółu badanych, natomiast aż 27 osób (54%) z badanej grupy nie może liczyć na niczyją pomoc w swoim życiu.

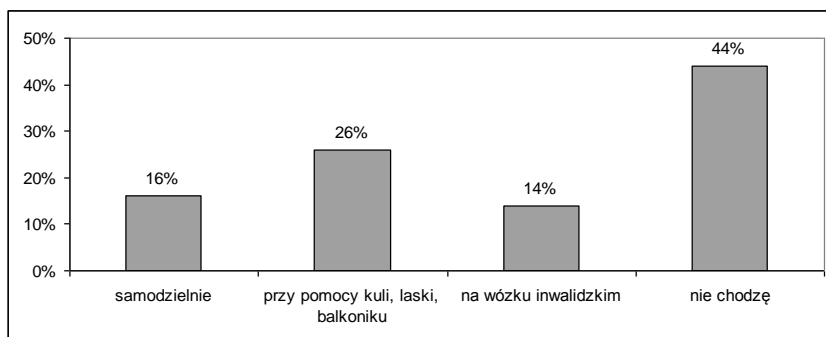
Ocenę stanu zdrowia badanej grupy obrazuje wykres 3.



Wykres 3. Stan zdrowia osób badanych

27 osób starszych tj. 54% z badanej grupy określa swój stan zdrowia jako zły. Tylko 8 osób tj. 16% cieszy się dobrym zdrowiem, a 15 osób tj. 30% podaje, że ma dość dobry stan zdrowia.

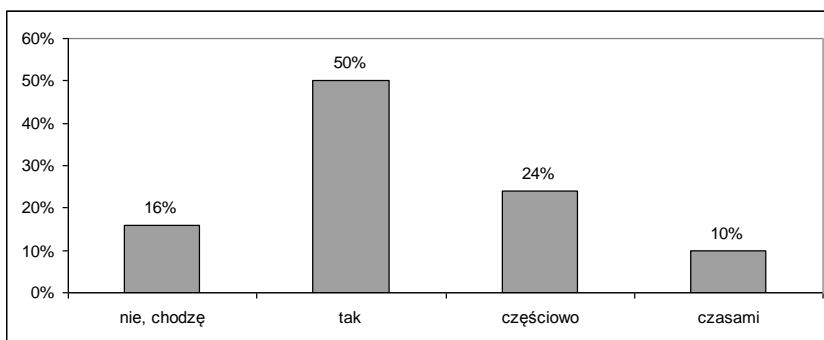
Znając stan zdrowia respondentów, zapytano ich o sposób poruszania się – wykres 4.



Wykres 4. Sposób poruszania się

Samodzielnie porusza się tylko 8 osób starszych, tj. 16%, leżących pacjentów w tej grupie jest aż 22 osoby, tj. 44%. 13 osób, tj. 26%, porusza się przy pomocy kuli, laski, balkoniku, a 7 osób (14%) jeździ na wózku inwalidzkim.

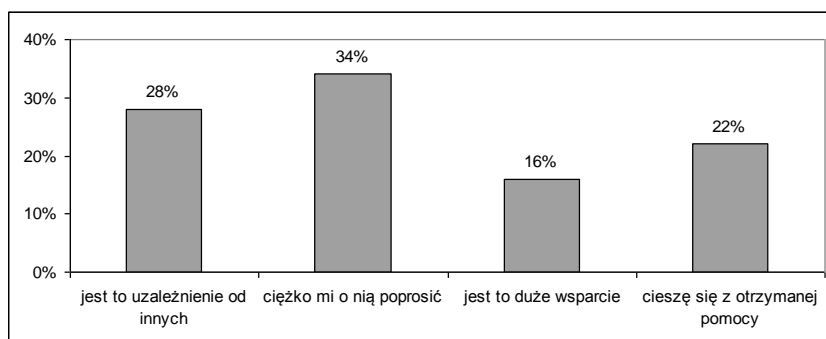
Czy badani wymagają pomocy w codziennych czynnościach, np. myciu, ubieraniu, jedzeniu? Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 5.



Wykres 5. Pomoc w codziennych czynnościach

Zły stan zdrowia oraz brak samodzielności w poruszaniu się mają wpływ na potrzebę pomocy ze strony osób drugih. Pomocy w codziennych czynnościach wymaga aż 25 osób, tj. 50%, częściowo pomocy wymaga 12 osób tj. 24%, czasami takiej pomocy oczekuje 5 osób, tj. 10%, natomiast 8 osób, tj. 16%, radzi sobie samodzielnie z codziennymi czynnościami (są to osoby chodzące).

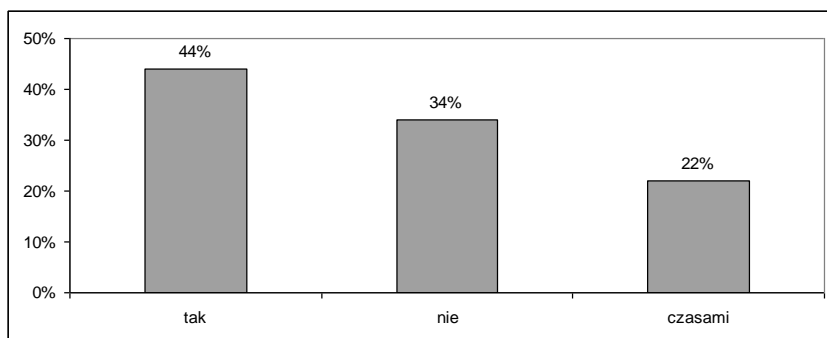
Jak wynika z powyższego wykresu osoby w podeszłym wieku wymagają pomocy otoczenia, ale jak ową pomoc przyjmują? Obrazuje to wykres 6.



Wykres 6. Pomoc osób drugih

Jak widać, okazywana pomoc nie jest łatwa do przyjęcia przez osoby w podeszłym wieku. 17 osób (34% ogółu badanych) nie lubi prosić o pomoc, a dla 14 osób (28%) prośba taka jest uzależnieniem od innych. Grupa 11 osób (22%) cieszy się z okazywanej im pomocy, a dla 8 osób (16%) jest taka pomoc dużym wsparciem.

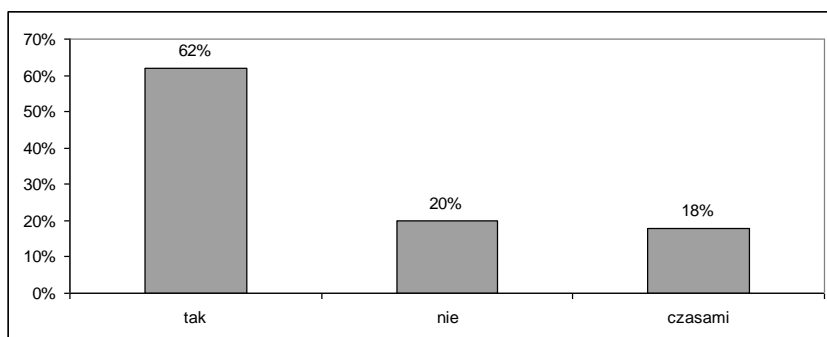
Kolejną sprawą, na którą warto zwrócić uwagę, jest poczucie samotności osób starszych. Wyniki badań tej kwestii przedstawiono na wykresie 7.



Wykres 7. Odwiedziny rodziny

Jak widać z wykresu 7, 22 osoby (44% ogółu badanych) odwiedza rodzina w ZOL-u, 11 osób (22%) rzadko widuje swoich bliskich, ale należy zwrócić tu też szczególną uwagę na liczbę 17 osób (34%) nie odwiedzanych przez rodzinę.

Odpowiedzi na pytanie, czy osoby starsze czują się samotne w ZOL-u, przedstawiono na wykresie 8.



Wykres 8. Samotność w ZOL-u

31 osób tj. 62% badanych odpowiedziało, że czuje się samotnie w ZOL-u, czasami osamotnionych jest 9 osób (18%), a tylko 10 osób (20%) nie czuje osamotnienia w ZOL-u.

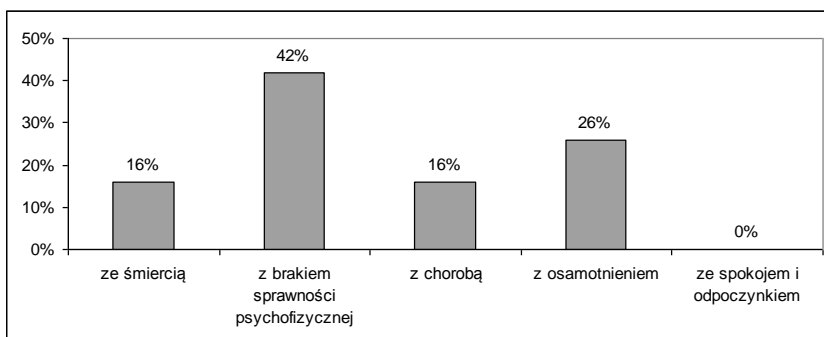
W ankiecie postawiono pytanie o to, co w życiu jest najważniejsze. Wyniki przedstawiono na wykresie 9.



Wykres 9. Wartości w życiu

Z analizy danych wynika, że dla osób starszych w życiu ważne są na równi: rodzina, którą wybrało 11 osób (22% ogółu ankietowanych) oraz poczucie godności – 11 osób (22%). Dla osób starszych najważniejsza jest jednak wiara, na którą wskazało 15 osób (30%), a następnie zdrowie (13 osób, tj. 26%). Nikt z osób badanych nie wskazał, że pieniądze są ważne w życiu.

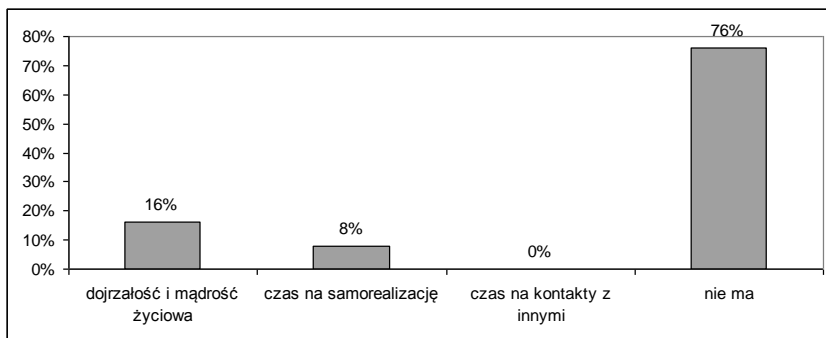
Przyjrzyjmy się teraz, z czym kojarzy się starość osobom w podeszłym wieku – wykres 10.



Wykres 10. Skojarzenia badanych osób ze starością

Jak widać, 21 osobom (42% badanych) starość kojarzy się głównie z brakiem sprawności psychofizycznej, następnie po 8 osób (tj. 16%) wskazało na równi śmierć i chorobę. Dużą grupę badanych stanowią osoby, którym starość kojarzy się z osamotnieniem. Odpowiedź tą wskazało 13 osób tj. 26% ogółu ankietowanych. Nikomu z badanych starość nie kojarzy się ze spokojem i odpoczynkiem.

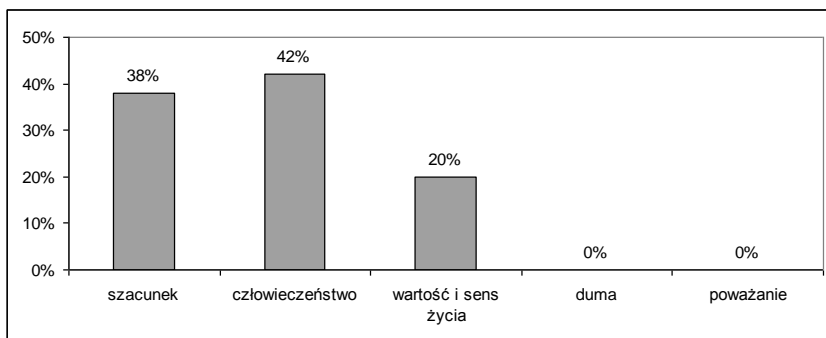
Zatem pojawia się pytanie, czy osoby starsze widzą pozytywne starości? Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 11.



Wykres 11. Pozytywy starości

Analizując wykres 11, można stwierdzić, że 38 osób tj. 76% nie widzi pozytywów okresu starości. Dla 4 osób tj. 8% jest to czas na samorealizację, a 8 osób tj. 16% czerpie radość z dojrzałości i mądrości życiowej. Nikt spośród badanych nie wskazał, że jest to czas na kontakty z innymi.

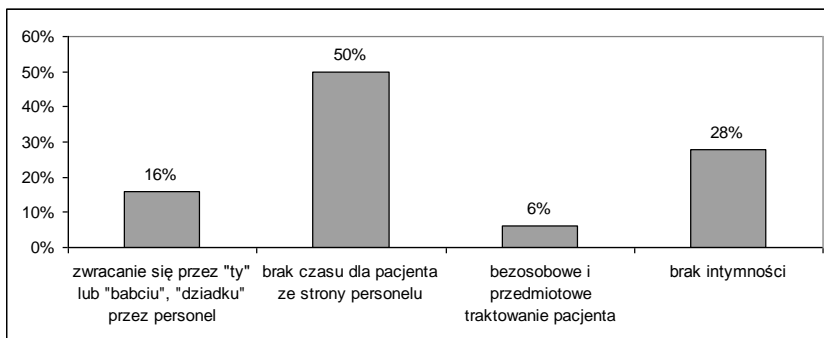
Kolejne pytania dotyczyły godności osób starszych. Wyniki zobrazowano na wykresie 12.



Wykres 12. Godność osoby starszej

Jak widać z wykresu 12, 21 osób tj. 42% godność jest człowieczeństwem, dla 19 osób tj. 38% jest szacunkiem, a dla 10 osób, tj. 20% godność stanowi wartość i sens życia. Dla nikogo z badanych godność nie jest dumą i poważaniem.

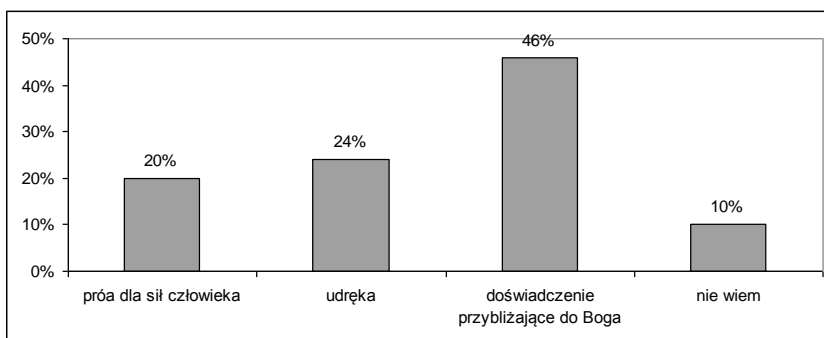
Zatem przyjrzyjmy się, co poniża godność osoby starszej w ZOL-u. Wyniki przedstawiono na wykresie 13.



Wykres 13. Poniżanie godności osoby starszej

Według badanych to brak czasu dla pacjenta ze strony personelu najbardziej poniża godność człowieka. Wskazała tę odpowiedź aż połowa badanych (25 osób, tj. 50%). Dla 14 osób (28%) jest to brak intymności, 8 osób (16%) wskazało na zwracanie się przez „ty” lub „babciu”, „dziadku”. 3 osoby (6%) wskazały na bezosobowe i przedmiotowe traktowanie chorego.

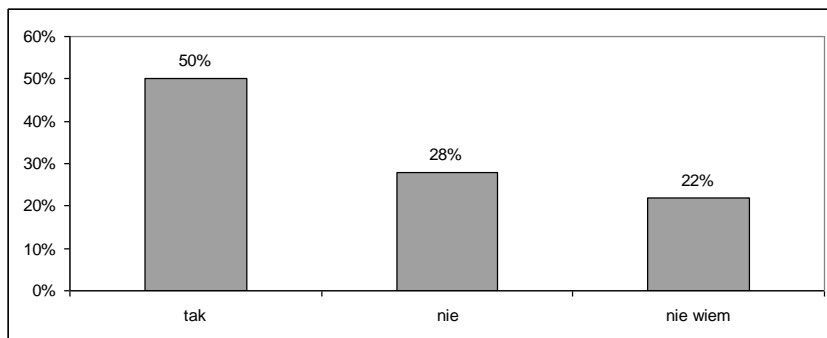
Starość kojarzona jest często z cierpieniem – nieodłącznym cieniem życia. Osobom starszym zadano pytanie o to, czym dla nich jest cierpienie? Wyniki przedstawiono na wykresie 14.



Wykres 14. Sens cierpienia

Największa grupa badanych, bo 23 osoby (46%) wskazała, że cierpienie jest doświadczeniem przybliżającym do Boga, dla 10 osób (20%) cierpienie jest próbą dla sił człowieka. Dla 12 osób (24%) cierpienie jest udręką, a 5 osób (10% ogółu badanych) nie potrafi określić, czym jest dla nich cierpienie.

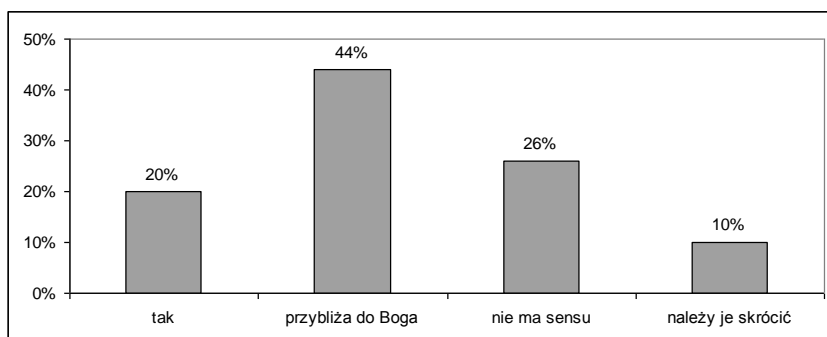
Czy zatem człowiek cierpiący traci swoją godność? Uzyskane w tej kwestii odpowiedzi przedstawiono na wykresie 15.



Wykres 15. Utrata godności

Według opinii 25 osób (50%) cierpienie odbiera godność człowiekowi, 14 osób (28%) jest zdania przeciwnego, a 11 osób (22%) nie potrafi określić, jaki wpływ ma cierpienie na godność człowieka.

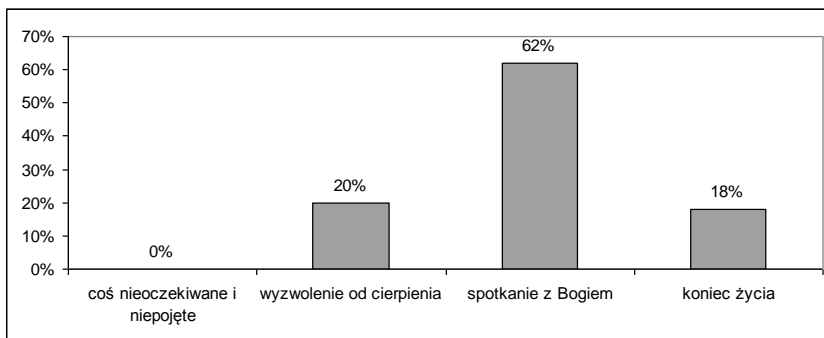
Badanym osobom postawiono także pytanie o to, czy cierpienie ma dla nich jakiś sens? Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 16.



Wykres 16. Sens cierpienia

Ogólnie można powiedzieć, że osoby starsze odnajdują sens w swoim cierpieniu. Dla 10 osób tj. 20% cierpienie ma sens, 22 osoby (44%) uważają, że cierpienie przybliża do Boga. 13 osób (26%) nie odnajduje sensu w cierpieniu, a według 5 osób (10%) cierpienie trzeba skrócić.

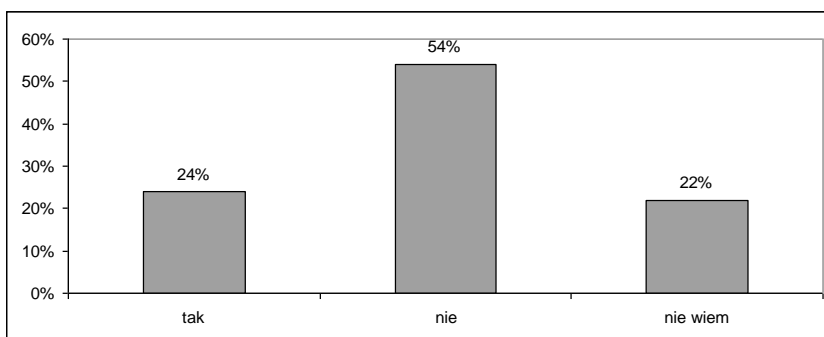
Śmierć jest dla każdego człowieka trudna do zrozumienia i nieakceptowana. Chociaż nie można jej uniknąć, to można nadać jej sens i zapewnić godne warunki umierającemu. Co o tym myślą osoby w podeszłym wieku? Wyniki przedstawiono na wykresie 17.



Wykres 17. Pojęcie śmierci

Dla 31 osób (62% ogółu badanych) śmierć jest momentem, w którym spotkają się z Bogiem. 10 osób tj. 20% wskazuje, że jest ona wyzwoleniem od cierpienia, a tylko dla 9 osób (18%) jest końcem życia. Nikt z badanych nie wskazał odpowiedzi, że śmierć jest dla nich czymś nieoczekiwanym i niepojętym.

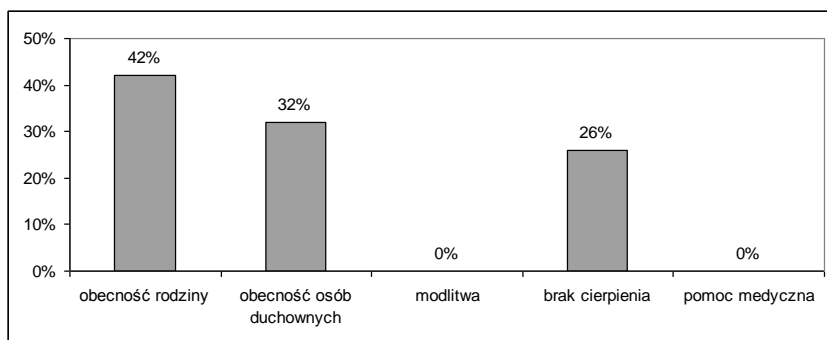
Zatem, czy osoby starsze boją się śmierci? Wyniki przedstawiono na wykresie 18.



Wykres 18. Strach przed śmiercią

Spośród wszystkich badanych osób większość nie boi się śmierci, odpowiedź tę wskazało 27 osób tj. 54%. 12 osób tj. 24% boi się końca życia, a 11 osób (22%) nie potrafił udzielić odpowiedzi.

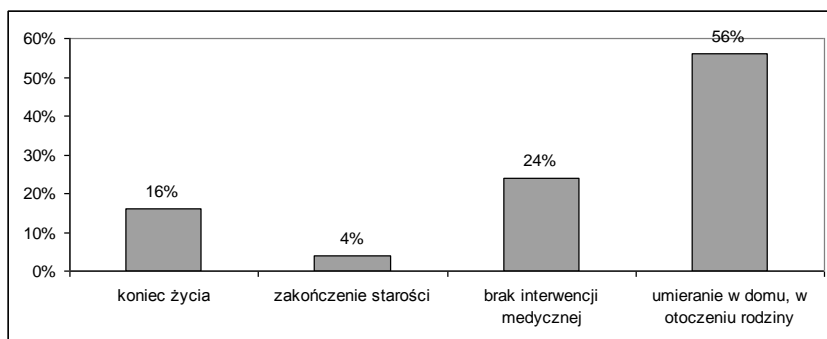
Umieranie jest punktem bez powrotu. Zastanówmy się zatem, co jest ważne dla odchodzącego w ostatnich chwilach życia. Na pytanie, co według osób starszych jest najważniejsze w momencie umierania, badani udzielili odpowiedzi, które przedstawiono na wykresie 19.



Wykres 19. Moment umierania

Jak wynika z wykresu 19, dla osób starszych w momencie umierania najważniejsza jest rodzina. Odpowiedzi takiej udzieliło aż 21 osób tj. 42%, dla 16 osób tj. 32% ważna jest w tym momencie obecność osób duchownych. Na brak cierpienia wskazało 13 osób tj. 26%. Dla nikogo spośród ankietowanych osób nie jest ważna pomoc medyczna ani modlitwa w ostatnich chwilach życia.

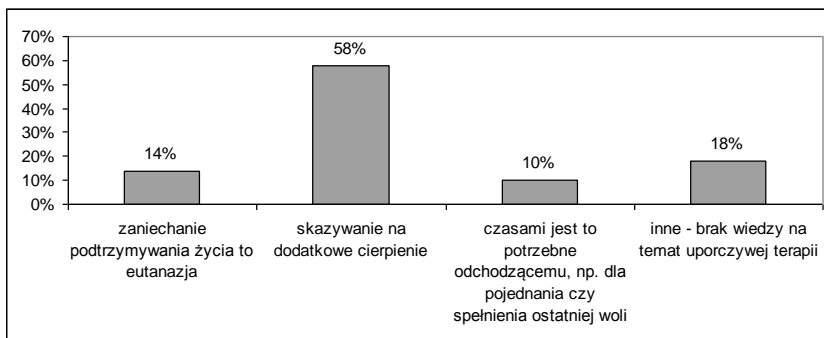
Zapytano osoby starsze, czym jest dla nich naturalna śmierć. Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 20.



Wykres 20. Naturalna śmierć

W powyższych wypowiedziach można zauważyć, że dla większości badanych, bo aż dla 28 osób (56%) naturalna śmierć to umieranie w domu, w otoczeniu rodziny. 12 osób (24%) odpowiedziało, że jest to brak interwencji medycznych. Dla grupy 8 osób (16% ogółu badanych) naturalna śmierć to koniec życia, a 2 osoby (4%) wskazały na zakończenie starości.

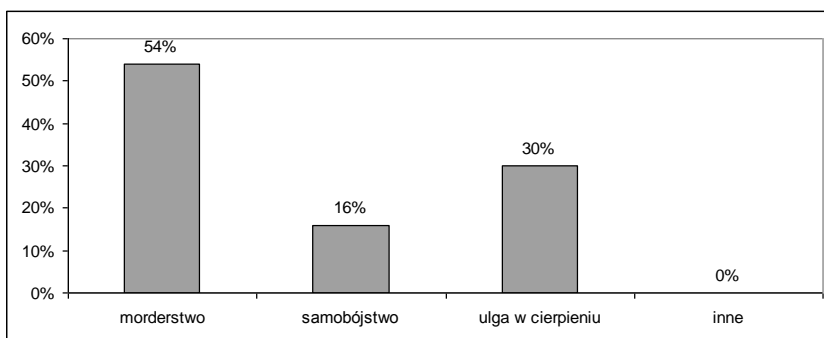
W kolejnym pytaniu sprawdzono, co osoby starsze myślą o sztucznym przedłużaniu ostatnich chwil życia poprzez uporczywą terapię. Wyniki przedstawiono na wykresie 21.



Wykres 21. Stosunek badanych do uporczywej terapii

Jak widać, według 29 osób (tj. 58% ogółu badanych) stosowanie uporczywej terapii skazuje umierającego na dodatkowe cierpienie, 5 osób tj. 10% uważa, że czasami jest to potrzebne odchodzącemu. Dla 7 osób tj. 14% zaniechanie uporczywej terapii jest eutanazją. 9 osób tj. 18% nie umiało odpowiedzieć na to pytanie z powodu braku wiedzy na temat uporczywej terapii.

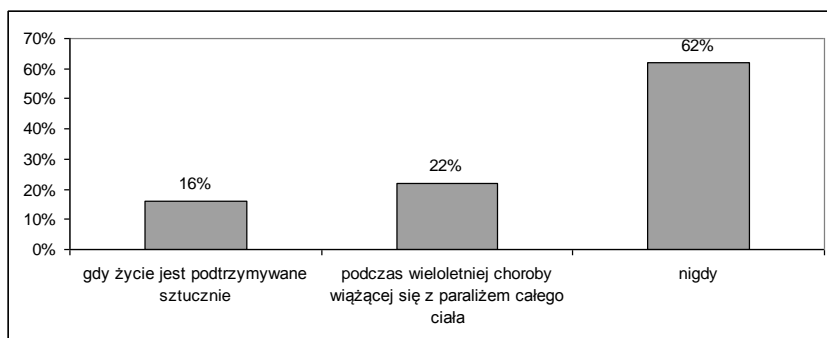
Analizując wypowiedzi osób starszych można zauważyć, że ciężko im znieść cierpienie w ostatnim okresie życia. Przyjrzyjmy się zatem, czy według ankietowanych należy je skrócić stosując eutanazję. Wyniki przedstawiono na wykresie 22.



Wykres 22. Eutanazja

Dla 27 osób tj. 54% eutanazja jest morderstwem, a 8 osób tj. 16% uważa, że jest samobójstwem. Jednak daje się zauważyć, że dla sporej grupy, bo aż dla 15 osób (30% ogółu badanych) eutanazja jest ulgą w cierpieniu. Nikt z badanych nie podał innych skojarzeń.

Sprawdźmy zatem, czy badani poddali się eutanazji? Wyniki przedstawiono na wykresie 23.



Wykres 23. Warunki eutanazji

31 osób tj. 62% nigdy nie poddałoby się eutanazji. Jednak spora grupa, bo 11 osób (22%) wybrałaby taką możliwość podczas wieloletniej choroby wiążącej się z paraliżem całego ciała. Do grupy godzących się na eutanazję, gdy życie podtrzymywane jest sztucznie, należy 8 osób tj. 16%.

Omówienie wyników

Starość to czas na podsumowanie własnego życia, czas refleksji nad własną skończonością. Ankietowani byli osobami częściowo sprawnymi – 58%, niesamodzielnych było 26%, a jedynie 16% stanowiły osoby sprawne. Tylko 46% osób badanych cieszy się dobrym zdrowiem, 54% określa swój stan zdrowia jako zły. Z przeprowadzonych badań można wysunąć wniosek, że osobom starszym najczęściej utrudnia funkcjonowanie trudność w poruszaniu się. W badanej grupie 44% stanowią osoby leżące, 16% porusza się samodzielnie. 40% pacjentów porusza się przy pomocy sprzętu ortopedycznego. Zły stan zdrowia i problemy z chodzeniem powodują, że osoby starsze nie radzą sobie w codziennych czynnościach. Postępujące niedołęstwo, poczucie osamotnienia, wywołują w starszym człowieku lęk i obawę przed trudami dnia codziennego. Pomocy wymaga grupa 50%, 24% takiej pomocy oczekuje częściowo. 16% radzi sobie z codziennymi czynnościami, a 10% czasami liczy na wsparcie. Osoby w wieku podeszłym różnie odbierają okazywaną im pomoc. Dla 16% stanowi ona dużą pomoc, 22% cieszy się z otrzymywanej pomocy. Jednak sporej grupie – 34% ciężko jest prosić o pomoc, 28% odbiera okazywaną pomoc jako uzależnienie od innych. Wynik badań pokazuje, że od najwcześniejszych lat powinno się dbać o dobrą kondycję fizyczną oraz prowadzić zdrowy styl życia, aby na starość cieszyć się jak najdłużej dobrym zdrowiem i sprawnością ruchową. U osób w starszym pokoleniu obserwuje się brak świadomości i wiedzy, jak wielki wpływ ma ruch i aktywność fizyczna na przebieg procesu starzenia się. Wczesne poznanie procesów starzenia się pozwoli lepiej zrozumieć zmiany, jakie zachodzą w organizmie człowieka oraz lepiej przygotować się na to, co nieuchronne.

W podeszłym wieku dużym problemem jest samotność, szczególnie dotyka ona osoby przebywające w placówkach opiekuńczych. Częstym powodem umieszczenia bliskiego w takim miejscu jest niewydolność opiekuńcza rodziny oraz brak warunków lokalowych. Jednak zapewnienie fachowej opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa socjalnego nie zwalnia bynajmniej od obowiązków względem niego samego. Badani podają, że 78% z nich ma współmałżonka, dzieci i wnuki. Rodzina winna nadal podtrzymywać kontakty, opiekować się i odwiedzać seniora. Dużą grupę stanowią osoby samotne 22%. Wśród ankietowanych 44% pacjentów odwiedza rodzina, 22% nie jest odwiedzana tak często, jak by chciała. 34% badanych pacjentów nikt nie odwiedza. Nasuwa się tu wniosek, że rodzina poświęca coraz mniej miejsca i czasu na utrzymanie więzi z osobami starszym, a brak odwiedzin wpływa na osamotnienie osób starszych. 80% ankietowanych zadeklarowało, że czuje się samotnie w ZOL-u. Każdy człowiek chce być kochany, czuć się ważnym dla innych i pragnie akceptacji społecznej pomimo swoich ułomności. Należy pamiętać, że zapewnienie osobie starszej więzi z drugim człowiekiem czy rodziną obudzi w nim na nowo pragnienie dalszego życia oraz nada temu życiu nowego sensu.

W ciągu całego życia zmieniają się priorytety i wartości. Dla osób starszych najważniejsza w tym okresie ich życia jest wiara, wskazało ją 30% ankietowanych. Niewiele mniej osób wskazało na zdrowie – 26%. Na równi po 22% osoby starsze cenią sobie rodzinę i poczucie godności. Dla nikogo z badanej grupy pieniądze nie są najważniejszą wartością.

Starość jest jednym z etapów w życiu każdego człowieka, nikogo nie ominie. Może mieć różne oblicza, a od nas samych i od systemu społecznego zależy jak ją przeżyjemy. Czy będzie to czas spokojnego, zasłużonego odpoczynku czy szara egzystencja? Rozważania nad własną starością kształtują w każdej osobie postawy, jakie przyjmuje ona wobec starości. Dla zdecydowanej większości badanych starość źle się kojarzy. 42% badanych kojarzy starość z brakiem sprawności psychofizycznej, 26% z osamotnieniem. Dwóm grupom po 16% starość kojarzy się z chorobą i śmiercią. W źle kojarzonej starości nie ma pozytywów. Badane osoby starsze wskazywały w zdecydowanej większości na brak pozytywów starości – 76%. Tylko 24% widzi pozytywny wymiar starości. 8% wskazało, że jest to czas poświęcony na samorealizację, 16% widzi w starości swą dojrzałość i mądrość życiową. Dla nikogo spośród badanych nie jest to czas na kontakty z innymi. Dlatego już w młodości należy zadbać o dobrą starość, realizować swoje pasje, marzenia, aby w podeszłym wieku mieć poczucie dobrze przeżytego życia, a nie tylko jego niedosyt.

Godność, jako prawo dane każdemu człowiekowi, przysługuje również osobom w podeszłym wieku. Dla 42% osób z badanej grupy kojarzy się ona z człowieczeństwem, 20% pacjentom godność nadaje wartość i sens ich życiu. 38% wskazuje, że jest to okazywany im szacunek. Godność osoby starszej w ZOL-u, według 56% ankietowanych, poniżej brak czasu dla pacjenta ze strony personelu i brak intymności (28% osób). W małym stopniu przeszkadza pacjentom zwracanie się przez „ty” lub „dziadku”, „babciu”, wskazała to tylko grupa 16% osób. Bezosobowe i przedmiotowe traktowanie

chorych poniżej godność według 6% osób starszych. Wyniki badania skłaniają do zastanowienia się, co jest ważniejsze w procesie pielęgnowania: czy jest w nim ważny sam pacjent czy może wykonanie na czas zleconych procedur medycznych? Odpowiedzi badanych sugerują, że personel medyczny winien w osobie pacjenta dostrzec przede wszystkim człowieka, a nie pole swojej pracy.

Nieodłącznym cieniem życia w starości jest cierpienie. 66% osób badanych odnajduje sens w swoim cierpieniu. Jest to według ankietowanych doświadczenie przybliżające ich do Boga (46%), próba dla sił człowieka (20%). 24% uważa, że samo cierpienie jest udręką dla osoby objętej cierpieniem. Człowiek doświadczający cierpienia traci swoją godność. Należy podkreślić, że człowiek cierpiący bezwarunkowo oczekuje pomocy i zrozumienia bliźnich.

Śmierć w młodszych pokoleniach budzi strach. Dla osób w wieku podeszłym nie jest czymś nieoczekiwanym i niepojętym. 62% badanych widzi śmierć jako moment spotkania z Bogiem, dla 20% będzie to wyzwolenie od cierpienia. Osoby starsze mają świadomość śmierci, są pogodzone z jej nadejściem. Jednak badania własne pokazały, że chcieliby oni umierać w swoim własnym domu, w otoczeniu najbliższej rodziny. Dla 56% jest to właśnie śmierć naturalna. Obecnie coraz częściej śmierć jest ukazywana w kategoriach medycznych, co wywołuje w otoczeniu brak zrozumienia i poszanowania dla tak ważnego momentu. Doprowadziły do tego zmiany kulturowe, które wywierają duży wpływ na sposób widzenia życia i śmierci.

Gdy śmierć jest nieunikniona i bliska ważne jest pozwolić umierającemu odejść godnie, nie przedłużając jego cierpienia poprzez stosowanie uporczywej terapii. 58% ankietowanych uważa, że uporczywa terapia przedłuża cierpienie. Dla 10% ważny jest czas jaki zyskuje umierający dzięki tym zabiegom. Zaniechanie podtrzymywania życia poprzez uporczywą terapię dla 14% badanych jest eutanazją. Natomiast grupa 18% nie posiada potrzebnej wiedzy na temat tego, czym jest uporczywa terapia.

Osoby starsze pragną godnie umierać, bez dodatkowego cierpienia. Jednocześnie 70% nie zgadza się, aby skracać owo cierpienie poprzez stosowanie eutanazji. 54% wskazuje, że jest to morderstwo, a 16% określa eutanazję jako samobójstwo. Tylko niewielka grupa (30% badanych) widzi w eutanazji ulgę dla cierpiącego człowieka. Z tego też powodu 62% osób badanych nigdy nie poddałaby się eutanazji. Pozostała grupa rozważyłaby taką możliwość w czasie choroby.

Wnioski

1. Stosunek badanych do własnej starości jest negatywny. Nie widzą oni jej pozytywów. Kojarzy im się z chorobami, brakiem samodzielności i śmiercią. Zły stan zdrowia oraz ograniczona sprawność ruchowa ma duży wpływ na postawy jakie przyjmują oni wobec swojej starości.
2. Respondenci postrzegają swoją godność jako wartość, która wymaga traktowania osób starszych jako cel sam w sobie, nie jako środek do celu.

Wymagają oni traktowania podmiotowego ze szczególnym uwzględnieniem człowieczeństwa, nigdy instrumentalnie. Według osób starszych, brak czasu ze strony personelu dotkliwiej narusza ich godność niż zwracanie się do seniora przez „ty” lub „dziadku”, „babciu”.

3. Według ankietowanych uporzycywa terapia skazuje umierającego na dodatkowe cierpienie. Badania pokazały również, że spora grupa osób starszych nie ma wiedzy, czym jest uporzycywa terapia oraz co obejmuje w swym zakresie.
4. Śmierć naturalna to dla badanych śmierć w swoim własnym domu, w otoczeniu rodziny i osób duchownych, bez dodatkowego cierpienia oraz zaniechanie uporzycywej terapii. Osoby w podeszłym wieku, pomimo że mają rodziny, czują się samotne, opuszczone. Ważne są dla nich częste kontakty z bliskimi.
5. Eutanazja dla 70% badanych jest pozbawieniem człowieka życia, jednak w przypadku ciężkiej choroby rozważyliby taką możliwość. Starsi ludzie nie chcą cierpieć, jednocześnie nie wyrażają zgody na zniesienie cierpienia poprzez zastosowanie eutanazji. Cierpienie jest nieprzeniknionym doświadczeniem, trudnym do przyjęcia przez człowieka. Osobom starszym łatwiej znieść cierpienie, jeśli zawierzą je Bogu.

Podsumowanie

Starzenie się społeczeństwa jest istotnym problemem: zarówno medycznym, społecznym, jak i ekonomicznym. Zagadnienie godności życia, umierania i naturalnej śmierci zostało podjęte w pracy pod wpływem chęci zwrócenia uwagi społeczeństwa na prawa osób w podeszłym wieku.

Starość i śmierć są wpisane w nasze życie już od momentu poczęcia. Wartość życia ludzkiego należy szanować aż do ostatnich chwil jego trwania. Osoby starsze czują się opuszczone i samotne. Zadeklarowało to aż 62% badanych. Pomimo, że 88% ludzi starszych ma najbliższą rodzinę, nie są odwiedzani przez bliskich, bądź są w mniejszym stopniu niż tego oczekują. Ludzie starsi w większości (64%) źle postrzegają swoją starość. Kojarzy im się ona z chorobami, brakiem samodzielności i śmiercią. Tylko 24% widzi pozytywy starości. 64% osób starszych w tym okresie wymaga pomocy ze strony otoczenia, jednak 62% źle znosi okazywaną pomoc twierdząc, że ciężko im o nią prosić i uzależnia ich od innych. Poczucie użyteczności i przynależności do społeczeństwa, bycie równoprawnym członkiem rodziny daje osobie starszej poczucie własnej godności.

Cierpienie jest trudne do przyjęcia dla osób starszych, u 50% odbiera godność, ale 65% odnajduje sens swego cierpienia. Cierpienie osiągnie swój sens i pełnię tylko, kiedy będzie złożone w darze, zawierzone Bogu. Nie pozwala ono przejść obojętnie obok usprawiedliwionego oczekiwania pomocy. Są takie momenty, w których należy doszukiwać się w nieskończoność sensu cierpienia, że trzeba powiedzieć sobie „nie

wiem”. Zmiany zachodzące w społeczeństwie, kult młodości, spadek wartości życia ludzkiego wywiera niekorzystny wpływ na postrzeganie godności życia i umierania oraz prawa do naturalnej śmierci każdego człowieka. W osobie starszej winniśmy dostrzegać przede wszystkim człowieka, okazywać mu szacunek i tym samym dać mu powód do dalszego życia nawet w najtrudniejszym dla niego momencie życia, jakim jest moment cierpienia. Poszanowanie godności osoby starszej musi przejawiać się we wszystkich, nawet najmniejszych, gestach i czynach. Najlepiej ukazywać godność człowieka poprzez szacunek osoby starszej w codziennym życiu. W pielęgniarstwie nie może zabraknąć czasu dla pacjenta, pochylenia się nad jego problemami i dostrzeżenia w nim istoty ludzkiej. Człowiek widzi w takiej postawie elementy poszanowania jego godności osobistej.

Opieka nad umierającym jest głębokim rozważaniem nad własną śmiertelnością i najlepszym sposobem na pozbycie się lęku oraz stawieniem czoła obawom względem śmierci. Nie można pozostać bez reakcji na wołanie umierającego, odmawiać mu pomocy i wsparcia. Należy uczynić ostatnią drogę człowieka momentem pełnym człowieczeństwa i godności. Jednocześnie do samego końca należy chronić życie każdej osoby, jako wartość najwyższą.

Godna i naturalna śmierć nie oznacza w żadnym wypadku aprobaty dla eutanazji. Człowiek otoczony miłością i doświadczający troski najbliższych nie prosi o śmierć. Priorytetem dla młodszego pokolenia winno być ocalenie zasady nietykalności życia ludzkiego, jako najwyższej wartości nadanej nam przez Boga. Zmuszanie osób w wieku podeszłym bądź chorych do eutanazji jest naruszaniem ich podstawowego prawa, jakim jest prawo do życia.

Oto fragment listu napisanego przez starszą kobietę przebywającą w domu opieki do wszystkich osób zajmujących się ludźmi starymi:

Co widzisz ty, która się mną opiekujesz? Kogo widzisz, kiedy na mnie patrzysz? Co myślisz, gdy mnie opuszczasz? I co mówisz, kiedy o mnie opowiadasz?

Najczęściej widzisz starą niezdolną kobietę, trochę zwariowaną i jej błędny wzrok, który mówi, że nie jest w pełni zdrowych zmysłów. Kobietę, która ślini się podczas jedzenia i nie odzywa się nigdy wtedy, kiedy powinna. Nie przestaje gubić butów i pończoch. Bardziej lub mniej posłusznie pozwala ci podczas mycia i jedzenia robić ze sobą, co tylko chcesz, by tylko wypełnić kolejny dług i smutny dzień.

To jest to, co widzisz! Ale otwórz szeroko oczy. To nie jestem ja. Powiem ci, kim jestem.

Jestem ostatnią z dziesięciorga dzieci, co ma matkę i ojca. Braci i siostry, którzy się kochają. Jestem 16-letnią dziewczyną, co ma skrzydła w nogach i marzy, by móc jak najszybciej spotkać swego ukochanego. Poślubiłam go wreszcie mając 20 lat, do dziś jeszcze moje serce łomocze z radości na samo wspomnienie tego dnia.

Miałam 25 lat i małego synka przy piersi, który wciąż mnie potrzebował. Miałam 30 lat a mój synek rósł szybko. Łączyła nas miłość, której nikt nigdy nie rozerwie. Gdy skończyłam 40 lat, syn wkrótce mnie opuścił. Lecz mąż wciąż był przy moim boku.

Miałam 50 lat, wokół mnie bawiły się dzieciątka. Jak to dobrze było znów znaleźć się pośród dzieci. Ja i mój ukochany mąż cieszyliśmy się z wnuków.

Nieoczekiwanie nastąpiły mroczne dni, zabrakło mego męża. Spoglądałam z lękiem w przyszłość. Moje dzieci są pochłonięte, bez reszty, wychowywaniem swego własnego potomstwa. Z żalem myślę o latach, które minęły bezpowrotnie i doznanej miłości. Jestem stara. Natura jest okrutna, drwi sobie z przyjścia starości. Ciało mnie zapomina, piękno i siły odeszły na zawsze. A w miarę jak przybywa mi lat spostrzegam, że tam gdzie było serce, znajduje się jedynie kamień.

Ale w tym starym wraku jest jeszcze dziewczyna, której serce płonie bez ustanku. Wspominam me radości, wspominam me cierpienia i czuję, jak wzbierają we mnie siły i uczucia. Powracam myślą do lat, nazbyt krótkich, co tak szybko odeszły. Zgadzam się na to prawo, że "nic nie może trwać wiecznie". Lecz ty, która troszczysz się o mnie, otwórz przynajmniej twe oczy i spójrz uważnie na nieznośną staruszkę... Spójrz lepiej, by móc mnie dostrzec.

Ileż twarzy, ileż oczu, ileż załamanych rąk każdego dnia. Na co patrzymy? Na zmarszczki, trudności, wahania, zawziętość. Gdybyśmy zamiast tego nauczyli się przyglądać snom, bidom serca i uczuciom tak często starannie ukrytym, o ile mniej byłoby cierpienia, a świat wokół nas stałby się piękniejszy.

B. Ferrero [36].

Piśmiennictwo

1. Zych A.: Człowiek wobec starości; Wyd. BPS, Katowice 2009, 11-13.
2. Nuland S. B.: Jak umieramy; Świat Książki, Warszawa 2010, 14-17.
3. Gryz K., Mielec B. Chrześcijanin wobec eutanazji Wydawnictwo Św. Stanisława Kraków 2001, 13, 66-67.
4. Mazurek F.: Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka; RW KUL, Lublin 2001, 75-78.
5. Jan Paweł II: Encykliki Ojca Świętego św. Jana Pawła II; Wyd. Rafael, Kraków 2014, 123-131, 348, 351-356.
6. Wiatr A.: Życie i umieranie: (nie)normalna, (nie)ludzka rzecz ;Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne, 2011, vol. 1 nr3 (lipiec-wrzesień),259-267.
7. Zieliński J.: W szkole cierpienia; Wydawnictwo Karmelitów Bosych, Kraków 2011, 12-16.
8. Red. Wieczorkowska-Tobis D., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne; PZWL, Warszawa 2008.
9. Zych A.: Leksykon gerontologii; Impuls, Kraków 2010, 166-167, 176.
10. Marchewka A., Dąbrowski Z.: Fizjologia starzenia się; PWN, Warszawa 2013,252-254.
11. Kędra E. red. naukowy: Starzenie się jako zjawisko biologiczne i społeczne; Legnica 2011, 55-59.

12. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia; PWN, Warszawa 2007, 57-59.
13. Nowicka A.: Wybrane problemy osób starszych; Impuls, Kraków 2008, 21-24.
14. Sobaszek E.: Gdy kończy się młodość; Magazyn Pielęgniarki i Położnej, wrzesień 2012, nr 9, 22-25.
15. Manikowska M.: Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym. Część III, Jakość życia osób starszych; W cieniu czepka, wrzesień 2011, nr 9(239), 12-14.
16. Wojciechowska W. red.: Starość – rozwój czy regres; Świat lekarza, 2013, nr 3, 51-52.
17. Mydlikowska A., Żelwetro A.: Refleksje o starości i nie tylko; W cieniu czepka, 2009, nr 6.
18. Niechwiadowicz-Czapka T., Klimczyk A.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego; Wyd. Continuo, Wrocław 2010, 125-130.
19. Steciwko A., Wojtal M., Żurowicka D.: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi; Wyd. Continuo, Wrocław 2010, 127-130.
20. Solecka G.: Lęk tanatyczny; Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne, 2011, vol1 nr3 (lipiec-wrzesień), 251-252.
21. Zierkiewicz D.: Ostatni etap życia-umieranie i śmierć; W cieniu czepka, listopad 2010, nr 11(229), 14-16.
22. Bołoz W.: Bioetyka i prawa człowieka; Wyd. Uniwersytetu K. S. Wyszyńskiego, Warszawa 2007, 113,134-136.
23. Nyklewicz W.: Śmierć to nasza wspólna sprawa; Sztuka pielęgnowania, listopad 2012, nr 3(3), 16-17.
24. Israel L.: Eutanazja czy życie aż do końca; Wyd. WAM, Kraków 2008, 7-8.
25. Góralski P.: Prawne i społeczne aspekty eutanazji; Wyd. Egis, Kraków 2008, 10-15, 231-233, 267.
26. Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej; Wyd. PZWL, Warszawa 2005, 217-218.
27. Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D.: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi; Wyd. Continuo, Wrocław 2010, 135-136.
28. Ochmański W.: Eutanazja nie jest alternatywą; Wyd. Salwator, Kraków 2008, 69-73.

Spis wykresów

Wykres 1. Czy badane osoby są samodzielne?	78
Wykres 2. Czy osoba starsza ma rodzinę lub znajomych	78
Wykres 3. Stan zdrowia osób badanych.....	79
Wykres 4. Sposób poruszania się.....	79
Wykres 5. Pomoc w codziennych czynnościach.....	80
Wykres 6. Pomoc osób drugih	80
Wykres 7. Odwiedziny rodziny.....	81
Wykres 8. Samotność w ZOL-u.....	81
Wykres 9. Wartości w życiu	82
Wykres 10. Skojarzenia badanych osób ze starością	82
Wykres 11. Pozytywy starości	83
Wykres 12. Godność osoby starszej.....	83
Wykres 13. Poniżanie godności osoby starszej.....	84
Wykres 14. Sens cierpienia	84
Wykres 15. Utrata godności.....	85
Wykres 16. Sens cierpienia	85
Wykres 17. Pojęcie śmierci.....	86
Wykres 18. Strach przed śmiercią.....	86
Wykres 19. Moment umierania.....	87
Wykres 20. Naturalna śmierć.....	87
Wykres 21. Stosunek badanych do uporczywej terapii.....	88
Wykres 22. Eutanazja	88
Wykres 23. Warunki eutanazji.....	89

Aneks. Kwestionariusz ankiety

Niniejsza ankieta jest anonimowa, a jej wyniki posłużą do celów badawczych. Proszę o wypełnienie jej zakreślając znak X w odpowiedniej rubryce przy wybranej jednej odpowiedzi.

METRYCZKA

I Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

II Wiek:..... lat

III Czy jest Pani/Pan osobą samodzielną?

- tak
- częściowo
- nie

IV Czy ma Pani/Pan kogoś bliskiego z rodziny lub znajomych?

- współmałżonka
- dzieci
- wnuki
- znajomi
- inni
- nikogo

V Czy może Pani/Pan liczyć na pomoc osób ze swojego otoczenia?

- a.) tak
- b.) nie

PYTANIA WŁAŚCIWE

1. Jak ocenia Pani/Pan swój stan zdrowia?

- a.) zły
- b.) dość dobry
- c.) dobry

2. Sposób poruszania się

- a.) samodzielnie
- b.) przy pomocy: kuli, laski, balkoniku
- c.) na wózku inwalidzkim
- d.) nie chodzę

3. Czy wymaga Pani/Pan pomocy w codziennych czynnościach np. myciu, ubieraniu, jedzeniu?

- a.) nie
- b.) tak
- c.) częściowo

d.) czasami

4. Czym jest dla Pani/Pana pomoc osób drugich?

- a.) uzależnieniem od innych
- b.) wsparciem
- c.) nie lubię o nią prosić
- d.) cieszę się, że mogę liczyć na pomoc innych

5. Czy odwiedza Panią/Pana rodzina?

- a.) tak
- b.) rzadko
- c.) nie

6. Czy czuje się Pani/Pan samotna/y w ZOL-u?

- a.) tak
- b.) nie
- c.) czasami

7. Co dla Pani/Pana jest w życiu najważniejsze?

- a.) zdrowie
- b.) rodzina
- c.) pieniądze
- d.) poczucie godności
- e.) wiara
- f.) inne, jakie?.....

8. Z czym kojarzy się Pani/Panu starość?

- a.) ze śmiercią
- b.) z brakiem sprawności fizycznej i psychicznej
- c.) z chorobą
- d.) z osamotnieniem

9. Jakie widzi Pani/Pan pozytywy starości?

- a.) dojrzałość i mądrość życiowa
- b.) czas na samorealizację
- c.) czas na kontakty z innymi
- d.) nie ma

10. Czym jest dla Pani/Pana godność?

- a.) szacunkiem
- b.) człowieczeństwem
- c.) poważaniem
- d.) dumą
- e.) wartością i sensem życia
- f.) inne jakie?.....

11. Co według Pani/Pana poniża godność pacjenta w ZOL-u?

- a.) zwracanie się przez „ty” lub „babciu, dziadku” przez personel
- b.) brak czasu dla pacjenta ze strony personelu

- c.) bezosobowe i podmiotowe traktowanie chorego
- d.) brak intymności

12. Czym dla Pani/Pana jest cierpienie?

- a.) próbą dla sił człowieka
- b.) udręką
- c.) doświadczeniem przybliżającym do Boga
- d.) nie wiem

13. Czy cierpienie odbiera człowiekowi godność?

- a.) tak
- b.) nie
- c.) nie wiem

14. Czy cierpienie ma sens?

- a.) tak, jako ofiara
- b.) nie ma sensu
- c.) przybliża do Boga
- d.) należy je skrócić

15. Czym dla Pani/Pana jest śmierć?

- a.) czymś nieoczekiwanym i niepojętym
- b.) wyzwoleniem od cierpienia
- c.) spotkaniem z Bogiem
- d.) końcem życia

16. Czy boi się Pani/Pan śmierci?

- a.) tak
- b.) nie
- c.) nie wiem

17. Co według Pani/Pana jest najważniejsze w momencie umierania?

- a.) obecność rodziny
- b.) obecność osób duchownych
- c.) modlitwa
- d.) brak cierpienia
- e.) pomoc medyczna
- f.) inne, jakie?.....

18. Czym jest dla Pani/Pana naturalna śmierć?

- a.) końcem życia
- b.) zakończeniem starości
- c.) brakiem interwencji medycznej
- d.) umieraniem w domu, w otoczeniu rodziny

19. Co Pani/Pan myśli o sztucznym przedłużaniu ostatnich chwil życia poprzez uporczywą terapię?

- a.) zaniechanie podtrzymywania życia to eutanazja
- b.) skazywanie na dodatkowe cierpienie

- c.) czasami jest to potrzebne odchodzącemu np. dla pojednania albo spełnieniu ostatniej woli
- d.) inne....

20. Czym dla Pani/Pana jest eutanazja?

- a.) morderstwem
- b.) samobójstwem
- c.) ulgą w cierpieniu
- d.) inne, jakie?.....

21. Kiedy zgodziłaby/łby się Pani/Pan na poddanie się eutanazji?

- a.) w przypadku śmierci klinicznej
- b.) podczas wieloletniej choroby, która wiąże się z paralizem całego ciała
- c.) gdy życie jest podtrzymywane sztucznie
- d.) nigdy

Bardzo dziękuję za wypełnienie ankiety.

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO
ZDROWIA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



człowiek - najlepsza inwestycja

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY WYDZIAŁ PIELĘGNIARSTWA

Projekt Systemowy pn. „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie Zawodowe Kadr Medycznych

Barbara Podeszwa

Nr albumu: 2684

**Jakość życia osób powyżej 65 roku życia, leczonych
w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum
Medycznym**

Promotor: Mgr Grażyna Zbieg

Legnica 2014

Spis treści

Wstęp.....	103
Cel pracy.....	103
Jakość życia w wieku podeszłym	103
Metodologia badań własnych	105
1. Cel badań.....	105
2. Problemy i hipotezy badawcze	105
3. Metody, techniki i narzędzia badawcze	107
4.4. Organizacja i przebieg badań.....	108
5. Charakterystyka badanej populacji	108
6. Prezentacja wyników badań własnych.....	113
7. Wnioski.....	129
Zakończenie.....	130
Piśmiennictwo	131
Spis tabel	131
Spis wykresów.....	131
Załącznik. Kwestionariusz ankiety dla pacjentów powyżej 65 roku życia Jaworskiego Centrum Medycznego	133

Wstęp

Dane demograficzne z ostatnich kilku lat w Polsce przedstawiają strukturę wiekową społeczeństwa, w której zwiększa się liczba ludzi w wieku podeszłym. Wynika z tego, że państwo powinno zwiększyć działania polityki zdrowotnej na potrzeby takich osób. Należy do tego dążyć poprzez podniesienie poziomu edukacji i opieki nad ludźmi w starszym wieku. Wzrost świadomości zdrowotnej zapobiega depresji, samotności i szukania ucieczki w chorobie. Przejawy aktywności życiowej w wieku emerytalnym sprzyjają poprawie jakości życia. Starzenie się społeczeństwa powoduje rozwój geriatry i gerontologii.

Różne źródła podają, że najważniejszym elementem stanu zdrowia jest styl życia. Przypisuje mu się od 50% do 60% udziału w jego kształtowaniu. Na styl życia składają się wszelkie codzienne zachowania człowieka, np.: spędzanie wolnego czasu, prawidłowe odżywianie, stosowanie używek, sposób ubierania, a nie tylko te związane ze zdrowiem. Należy przyjąć, że poprzez zmianę stylu życia można skutecznie poprawić stan zdrowia ludzi w każdym wieku.

Inspiracją do napisania owej pracy były osobiste doświadczenia autora zdobyte podczas sprawowania opieki nad ludźmi w wieku podeszłym. Korzyści płynące z edukacji chorych na temat danej jednostki chorobowej wpływają pozytywnie na poprawę jakości ich życia. Największą satysfakcję stanowi wyedukowany pacjent, który radzi sobie z własną chorobą zachowuje radość życia.

Cel pracy

Celem głównym niniejszej pracy jest zaprezentowanie podstawowych zagadnień dotyczących wieku podeszłego z uwzględnieniem aspektów jakości życia osób powyżej 65 roku życia, leczonych w oddziale internistycznym, w Jaworskim Centrum Medycznym, na podstawie dostępnej literatury oraz wyników badań własnych.

Do tak zdefiniowanego celu głównego sformułowano następujące **cele szczegółowe**:

1. Omówienie specyfiki wieku podeszłego z uwzględnieniem objawów psychicznych i somatycznych.
2. Przedstawienie wpływu hospitalizacji w oddziale internistycznym na jakość życia osób starszych.
3. Ukazanie czynników determinujących jakość życia osób w wieku podeszłym.
4. Zaprezentowanie jakości życia osób w wieku podeszłym na podstawie badań własnych.

Jakość życia w wieku podeszłym

Życie człowieka dzieli się na kilka etapów: dzieciństwo, młodość, wiek dorosły, dojrzały i starość. Młodość kojarzona jest z radosnym okresem w życiu człowieka.

Natomiast starość uważana jest za coś przykrego. Jednak odpowiednia jakość życia daje szansę na to, aby ostatni etap życia był również aktywny, wesoły oraz spokojny i satysfakcjonujący.

Jakość życia ma coraz większe znaczenie w opiece nad osobami starszymi. „Dodanie życia do lat, a nie lat do życia” staje się priorytetem opieki geriatrycznej.

Jednym z głównych problemów geriatry jest utrzymanie na odpowiednim poziomie jakości życia osób starszych. Zmian wynikających z procesu starzenia się nie można uniknąć, możliwe jest jednak ich złagodzenie przez stosowanie odpowiednich działań leczniczych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i socjalnych. Jeszcze do niedawna centralne wysiłki ochrony zdrowia skupiały się na leczeniu chorób, natomiast gdy wyleczenie nie było możliwe, wtedy celem działania stawało się chociażby przedłużenie życia. Dzisiaj polityka i programy prozdrowotne dotyczące procesu starzenia się coraz częściej skupiają się bardziej na identyfikowaniu sposobów poprawy jakości życia i stanu zdrowia niż na wydłużeniu okresu życia [1].

Literatura podaje różnorodne definicje pojęcia **jakości życia**. Najczęściej tłumaczy się ją jako wielowymiarową samoocenę stanu zdrowia obejmującą dobrostan fizyczny, społeczny i umysłowy oraz ocenę nasilenia ewentualnie występujących dolegliwości i związanego z nimi samopoczucia. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem (HRQL – health related quality of life) definiowana jest jako funkcjonalny efekt choroby w odbiorze pacjenta.

Według M. Jeremy jakości życia to subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej, w kontekście własnych potrzeb i możliwości. Jakość życia wiąże się przede wszystkim z prowadzeniem życia społecznie użytecznego i naturalnymi zdolnościami fizycznymi i umysłowymi danej osoby [2].

Badacze są zgodni co do konieczności dokonywania oceny klinicznej jakości życia w czterech wymiarach:

- stanu fizycznego i sprawności ruchowej (w tym poziomu ogólnej energii życiowej);
- doznania somatycznego (objawy choroby i odczuwanie bólu);
- samopoczucia psychicznego (funkcjonowania poznawczego oraz emocjonalnego);
- warunków ekonomicznych i funkcjonowania społecznego (pełnienia ról, uzyskiwania wsparcia) [3].

Prócz przedstawionymi najważniejszymi obszarami jakość życia zależna od stanu zdrowia bierze pod uwagę również wymiary funkcjonowania ludzi chorych w wieku podeszłym, tj. seksualność, uczestnictwo w kulturze oraz duchowość.

Nie zawsze to, co z pozycji pielęgniarki wydaje się najlepsze dla pacjenta w wieku podeszłym, jest przez niego tak właśnie postrzegane. Kluczowym wyzwaniem jest ocena, które choroby, aspekty fizyczne, psychiczne czy społeczne są czynnikami determinującymi jakość życia [1].

Analiza determinantów jakości życia uwarunkowaniem stanem zdrowia ma bardzo

duże znaczenie w ustaleniu hierarchii potrzeb osób w podeszłym wieku. Czynnikiem determinującym subiektywną ocenę jakości życia jest wiele. Mogą one być różne np. ze względu na środowisko zamieszkania (dom, instytucja pielęgnacyjno-opiekuńcza). Najważniejszymi, obok wieku, czynnikami wpływającymi ujemnie na jakość życia seniorów są:

- instytucjonalizacja oraz choroby (przede wszystkim depresja, zmiany zwyrodnieniowe układu ruchu, choroby układu krążenia);
- zły stan odżywiania (nadwaga/otyłość seniorów zamieszkałych w środowisku domowym oraz niedożywienie białkowo-energetyczne w instytucjach opiekuńczo-leczniczych);
- niepełnosprawność oraz brak aktywności ruchowej;
- czynniki społeczne i socjalne (szczególnie samotność i ubóstwo).

W rozważaniach nad zdrowiem podkreśla się, że najważniejszą determinantą stanu zdrowia jest styl życia. Przypisuje mu się 50-60% udziału w jego kształtowaniu. Na styl życia składają się wszystkie codzienne zachowania jednostki, niw tylko te związane ze zdrowiem, np.: spędzanie wolnego czasu, odżywianie, stosowanie używek, sposób ubierania. Należy przyjąć, że poprzez zmianę stylu życia można skutecznie poprawić stan zdrowia ludzi.

Metodologia badań własnych

1. Cel badań

Celem głównym badań własnych było dokonanie oceny jakości życia osób powyżej 65 roku życia, leczonych w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum Medycznym.

Do celu głównego sformułowano **cele szczegółowe**:

- ustalenie, które choroby i objawy kliniczne najczęściej obniżają jakość życia ankietowanych pacjentów;
- przedstawienie zależności seniorów od środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych oraz innych osób;
- zwrócenie uwagi na aktywność, lub jej brak u badanej populacji w różnych dziedzinach i sferach życia;
- ukazanie potrzeb, odczuć i emocji pacjentów w starszym wieku.

2. Problemy i hipotezy badawcze

Głównym problemem badawczym jest pytanie: jak pacjenci w wieku podeszłym leczeni w oddziale wewnętrznym w Jaworskim Centrum Medycznym oceniają własny poziom jakości życia?

W celu rozwinięcia głównego problemu badawczego sformułowano następujące problemy szczegółowe:

1. Czy kwestie takie, jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny mają wpływ na ocenę jakości życia?
2. Czy respondenci stosują profilaktykę przedwczesnego starzenia się i starości?.
3. Jaki jest poziom samodzielności badanych seniorów?
4. Które choroby i schorzenia najczęściej występują u ankietowanych?
5. Jakie nastroje i emocje najczęściej występują u badanych chorych?
6. Czy badani pacjenci są zadowoleni z opieki pielęgniarskiej w Jaworskim Centrum Medycznym?

W oparciu o doświadczenia własne i literaturę sformułowano hipotezy: główną i szczegółowe.

Hipoteza główna brzmi: pacjenci w wieku podeszłym oddziału internistycznego Jaworskiego Centrum Medycznego oceniają swój poziom jakości życia jako średni.

Hipotezy szczegółowe:

1. Wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny mają wpływ na ocenę jakości życia pacjentów po 65 roku życia.
2. Większość respondentów nie stosuje profilaktyki starzenia się i starości.
3. Uważa się, że pacjenci potrzebują: środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych, pomocy osób drugich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.
4. Zakłada się, że niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, depresja, bóle kręgosłupa, głowy oraz zaburzenia snu są najczęstszymi chorobami i dolegliwościami obniżającymi poziom jakości życia.
5. Respondentom w większości dnia towarzyszą takie uczucia i nastroje, jak: smutek, złość, zmęczenie oraz zależność.
6. Pacjenci wykazują bardzo wysoki poziom zadowolenia z jakości usług personelu medycznego w badanej placówce.

Dla potrzeb pracy wyznaczono zmienne niezależne i zmienne zależne (tabela 1).

Tabela 1. Zmienne zależne i niezależne w problemach badawczych

p.	Problem badawczy	Zmienne niezależne	Zmienne zależne
1	Czy kwestie takie, jak: wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny mają wpływ na ocenę jakości życia?	Wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny	Samoocena jakości życia
2	Czy respondenci stosują profilaktykę przedwczesnego starzenia się i starości?	Profilaktyka przedwczesnego starzenia się i starości	Częściowe zastosowanie profilaktyki przedwczesnego starzenia się i starości
3	Jaki jest poziom samodzielności badanych seniorów?	Poziom samodzielności	Samoocena poziomu samodzielności ankietowanych
4	Które choroby i schorzenia najczęściej występują u ankietowanych?	Choroby i schorzenia	Najczęstsze występowanie nadciśnienia tętniczego, niewydolności krążenia, cukrzycy, astmy oskrzelowej, GPP, depresji oraz stanów po zawale sera mięśniowego i udarze mózgu.
5	Jakie nastroje i emocje najczęściej występują u badanych chorych?	Nastroje i emocje	Zależność, smutek i żal oraz złość i beznadziejność.
6	Czy badani pacjenci są zadowoleni z opieki pielęgniarskiej w Jaworskim Centrum Medycznym?	Poziom zadowolenia z opieki	Samoocena poziomu zadowolenia z opieki pielęgniarskiej

Źródło: Opracowanie własne

3. Metody, techniki i narzędzia badawcze

Aby uzyskać odpowiedzi na problemy wskazane w badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego przy wykonanej technice ankiety, do której sporządzono kwestionariusze ankiety.

W kwestionariuszu ankiety większość pytań była zamknięta, opatrzona kafeterią zamkniętą lub półotwartą. Respondenci mogli zaznaczać dowolną ilość odpowiedzi.

Ankieter nie musi być obecny przy jej wypełnianiu. Daje ona wiedzę obszerną, lecz nie pogłębioną, nie wyjaśnia a informuje.

Po zapoznaniu się z liczną literaturą na temat jakości życia ludzi w podeszłym wieku skonstruowano odpowiednio przygotowany kwestionariusz ankiety. Zadbano o to, aby ankieta była dostosowana do wieku respondentów, tj.: wybrano większą czcionkę, pytania sformułowano prosto i zadbano aby były mało skomplikowane, czyli o to, aby wypełnienie ankiety nie sprawiło seniorowi trudności.

Ankieta składała się z 37 pytań. Pierwszych dziewięć pytań było tzw. pytaniami metryczkowymi i dotyczyły: wieku, płci, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania warunków mieszkaniowych oraz sytuacji materialnej. Kolejnych pięć pytań dotyczyło diety, nałogów, schorzeń i chorób. Następne dwa pytania dotyczyły zależności seniorów od sprzętu medycznego i innych osób. Pytania od 17 do 20 były pytaniami o aktywność fizyczną. Kolejnych 8 pytań dotyczyło uczuć i stanów emocjonalnych pacjentów. Pytanie 30 dało odpowiedź na temat kontaktów międzyludzkich badanej grupy. Następne 4 pytania dotyczyły hospitalizacji. Ostatnie trzy pytania były pytaniami o jakość życia. W pytaniach respondenci mogli wybrać dowolną ilość odpowiedzi.

Wyniki badań pozwoliły uzyskać odpowiedzi na problemy badawcze.

4.4. Organizacja i przebieg badań

Pierwszym etapem pracy badawczej było sformułowanie problemów i hipotez badawczych. Następnym etapem było zgromadzenie właściwych materiałów źródłowych odnoszących się do omawianej problematyki oraz zbudowanie kwestionariusza ankiety.

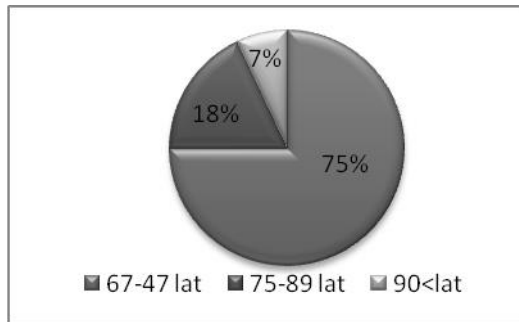
Badania przeprowadzono w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum Medycznym, po wcześniej zgodzie Zarządu Spółki. Placówkę wybrano ze względu na to, że autor badań pracuje w niej jako pielęgniarka.

Wybrani pacjenci (60 osób) wypełniali kwestionariusz w okresie od 18 lipca 2014 r. do 30 sierpnia 2014 r. Robili to anonimowo i dobrowolnie.

5. Charakterystyka badanej populacji

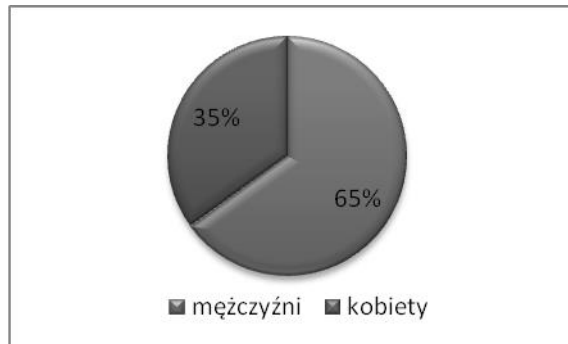
W badaniu wzięło udział 60 osób po 65 roku życia hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych w Jaworskim Centrum Medycznym. Osoby w tym przedziale wiekowym stanowią najczęstszą grupę pacjentów w badanej placówce.

Największą ilość respondentów stanowiły osoby w wieku od 65 do 74 lat, bo aż 45 pacjentów (75%). Drugą grupą w ilości 11 osób byli seniorzy od 75 do 89 roku życia (18%), a najmniej liczną stanowili podopieczni powyżej 90 r. ż. – było ich 4 (7%) (wykres 1).



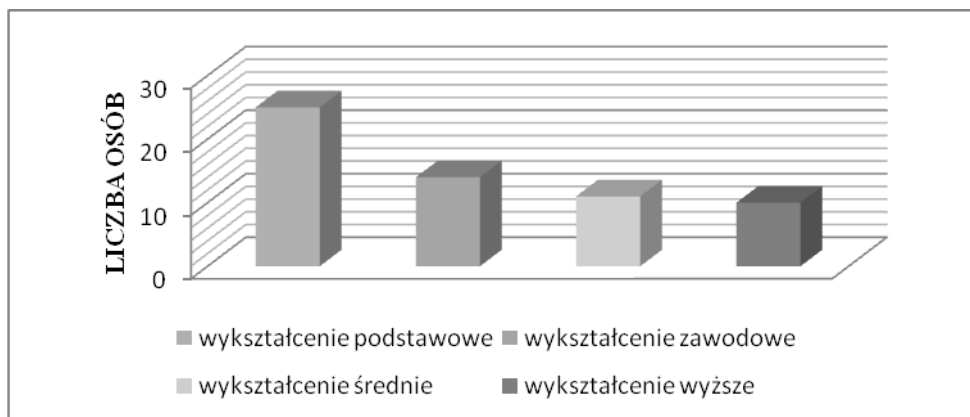
Wykres 1. Wiek ankietowanych

Ankiety wypełniło 39 (65%) mężczyzn oraz 21 (35%) kobiet (wykres 2).



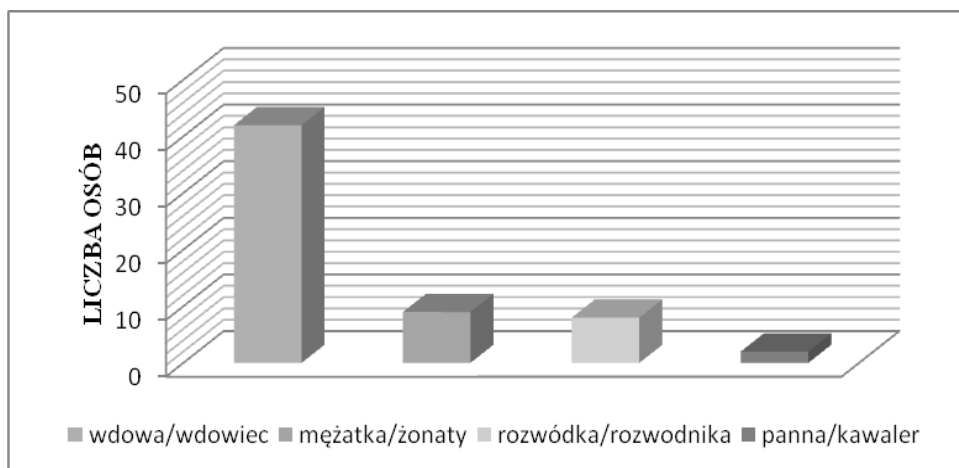
Wykres 2. Płeć ankietowanych

W badanej grupie najliczniejsi byli seniorzy z podstawowym wykształceniem. Było to 25 osób (42%). Wykształcenie zawodowe posiadało 14 badanych (23%), wykształcenie średnie dotyczyło 11 respondentów (18%). Najmniej badanych było z wykształceniem wyższym, bo 10 chorych (17%) (wykres 3).



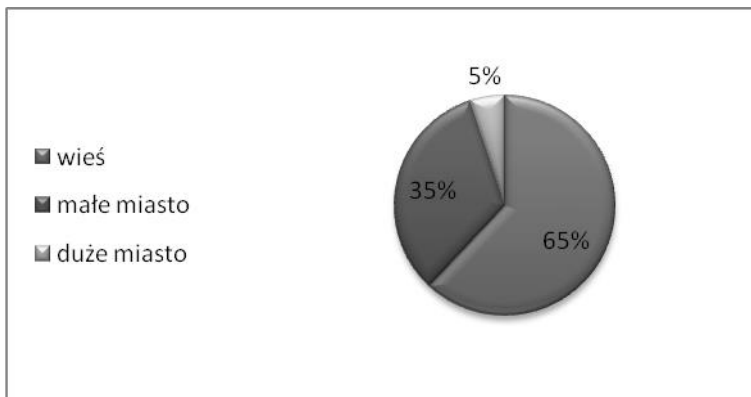
Wykres 3. Struktura respondentów według wykształcenia

Na podstawie materiału badawczego stwierdzono, że 68% badanych to wdowy lub wdowcy (41 osób), 15% żyje w związku małżeńskim (9 osób), po rozwodzie jest 13% badanych (8 osób), a w stanie panieński i kawalerskim jest 3% chorych (2 osoby) (wykres 4).



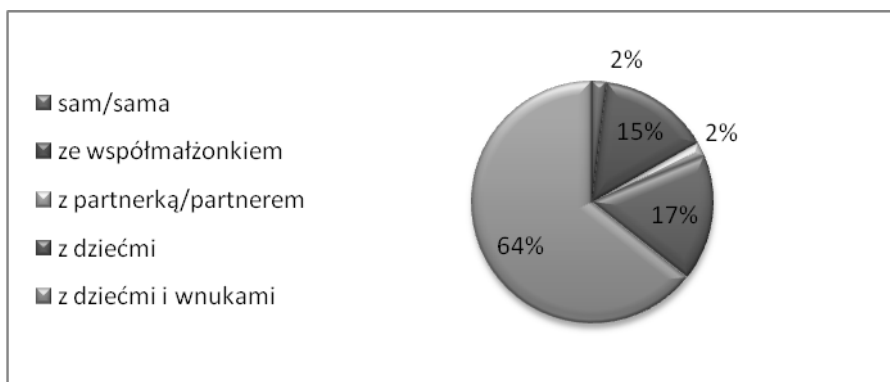
Wykres 4. Stan cywilny badanej populacji

Zgromadzony materiał badawczy wykazał, że wśród badanych najczęściej osób mieszka na wsi, bo 37 czyli 62%, w małym mieście mieszka 20 chorych, tj. 33%, a w dużym mieście tylko 3 osoby, czyli 5% (wykres 5).



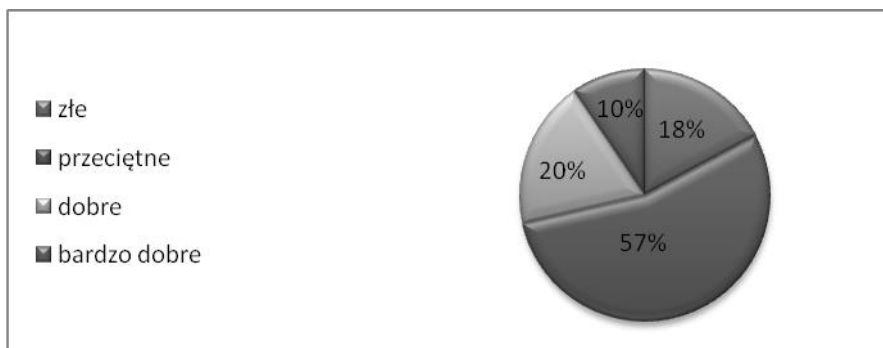
Wykres 5. Miejsce zamieszkania respondentów

Z przeprowadzonych badań wynika, że najwięcej osób, tj. 39 (64%) mieszka z dziećmi i wnukami, znacznie mniej, bo 10 (17%) osób z dziećmi, tylko ze współmałżonkiem 9 osób (15%) i po 1 osobie (2%) sama lub z partnerem (wykres 6).



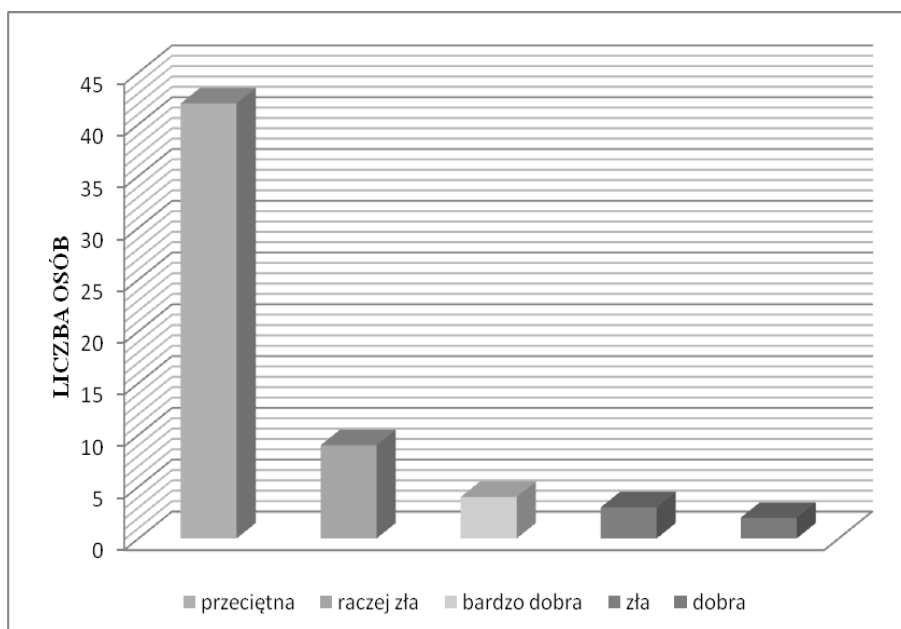
Wykres 6. Struktura badanych według wspólnego mieszkania

W ankiecie najwięcej osób w podeszłym wieku stwierdziło, że jej warunki mieszkaniowe są przeciętne, było to 31 osób, co daje 57% badanych. Warunki dobre zaznaczyło 12 osób, tj. 20%. 11 seniorów, 18% oceniło swoje warunki mieszkaniowe jako złe i tylko 6, 10%, uznało je jako bardzo dobre (wykres 7).



Wykres 7. Warunki mieszkaniowe respondentów

Kolejne, ósme pytanie metryczkowe, dotyczyło źródła utrzymania respondentów. Wyniki badań wykazały, że najczęstszym źródłem utrzymania osób po 65 roku życia jest renta lub emerytura, wskazało tak 25 osób czyli 42% badanych. Z zasiłku dla bezrobotnych utrzymuje się aż 14 badanych, tj. 23%, zasiłek z MOPS pobiera 7 osób, czyli 12%. Kolejnym wskazanym źródłem utrzymania jest pełnoetatowa praca – 6 osób, tj.,10%. 3 respondentów, 5%, wykonuje, tzw. prace na czarno, a po 2 osoby, czyli 2%, zaznaczyło, że utrzymuje go współmałżonek lub dzieci.



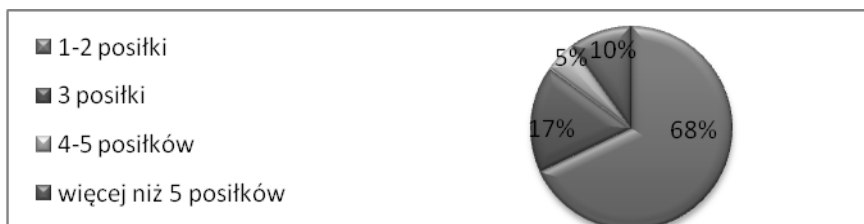
Wykres 8. Samoocena sytuacji materialnej respondentów

Ostatnie pytanie metryczkowe dotyczyło oceny obecnej sytuacji materialnej.

Odpowiedzi na te pytania wskazały, że aż 42 osoby (70%) stwierdziły, że ich sytuacja materialna jest przeciętna. Za raczej złą uznało ją 9 osób (15%), natomiast za bardzo dobrą 4 pacjentów (7%). 3 (5%) badanych stwierdziło, że ich sytuacja materialna jest zła, a 2 (3%) uznało ją na dobrym poziomie (wykres 8).

6. Prezentacja wyników badań własnych

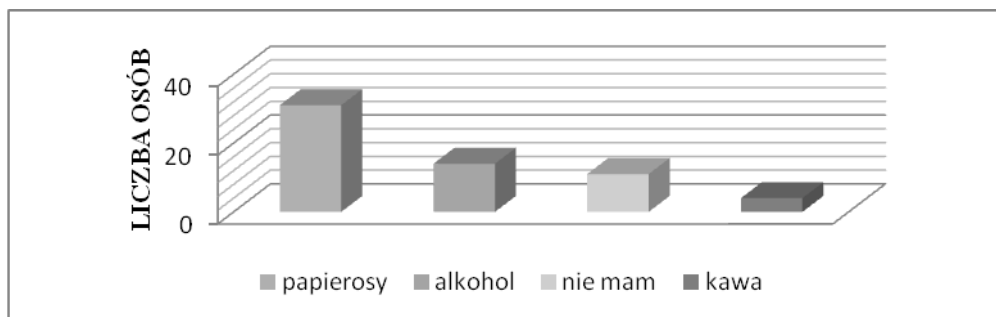
Właściwą część ankiety otwierało pytanie o dietę, która jest niezmiernie ważnym elementem jeśli chodzi o zdrowie osoby w wieku podeszłym. Należy pamiętać, że wraz z wiekiem wolniej przebiega przemiana materii, a co za tym idzie ograniczenie zapotrzebowania energetycznego. Najistotniejsze jest, to aby spożywać 5 zróżnicowanych posiłków dziennie oraz zapobiec otyłości czy niedożywieniu. Osoba starsza powinna przede wszystkim ograniczyć spożywanie cukrów prostych, tłuszczów pochodzenia zwierzęcego oraz soli.



Wykres 9. Ilość spożywanych posiłków dziennie

Badania wykazały, że respondenci najczęściej spożywają tylko 1-2 posiłki dziennie, co jest bardzo niezdrowe. Przyznało się do tego 68% badanych, czyli 41 osób. 3 posiłki dziennie spożywa 17% seniorów, tj. 10 osób. Więcej niż 5 posiłków dziennie spożywa 10% ankietowanych, czyli 6 osób. Natomiast najbardziej zdrowo odżywia się tylko 5% badanych, czyli tylko 3 osoby (wykres 9).

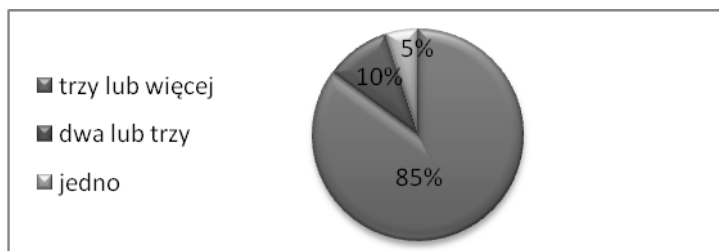
Pytanie 11 dotyczyło posiadania nałogów przez chorych po 65 roku życia. Wszelkie używki wyniszczają organizm, przyczyniają się do rozwoju wielu chorób, a tym samym obniżają jakość życia. U seniorów nałogi w szczególnie negatywny sposób wpływają na działanie całego organizmu często prowadząc do przedwczesnej śmierci.



Wykres 10. Nałogi respondentów

Najwięcej seniorów przyznało się do palenia papierosów, bo aż 52% badanych, czyli 31 osób. Wyniki badań wykazały, że alkohol spożywa 23% respondentów, tj. 14 osób. 18%, czyli 11 ankietowanych stwierdziło, że nie ma nałogów. Natomiast 7%, tj. 4 seniorów wypisało jako swój nałóg kawę (wykres 10).

U osób starszych występuje bardzo często wielochorobowość czy tzw. patologia mnoga. Jest to typowe zjawisko dla ludzi w wieku podeszłym i oznacza, że osoby w tym przedziale wiekowym cierpią przeważnie na więcej niż trzy schorzenia jednocześnie. Niektóre choroby są chorobami przewlekłymi. Informacje te wynikają z odpowiedzi uzyskanych na pytania 12-14.



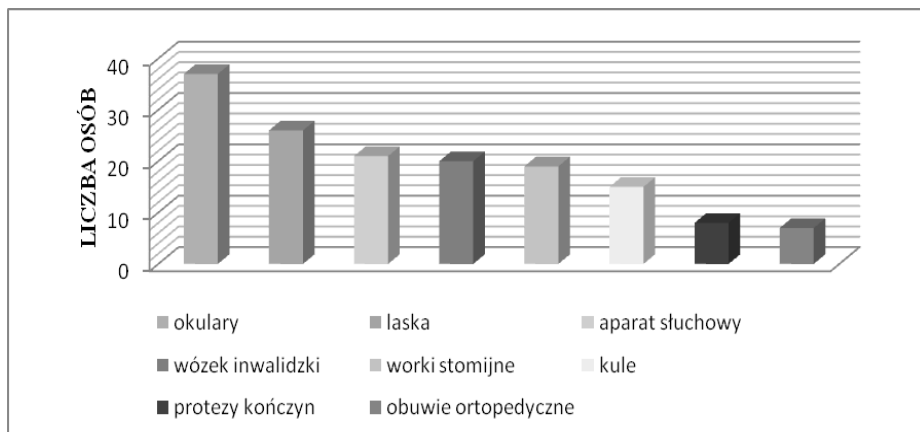
Wykres 11. Liczba schorzeń u badanych seniorów

Posiadanie trzech lub więcej schorzeń deklaruje 85% badanych, czyli 51 osób, 2-3 schorzenia wskazało 10%, czyli 6 respondentów, a tylko jedno, tj. 3 pacjentów.

Badania wykazały, że u ponad połowy respondentów najczęściej diagnozowano: niewydolność krążenia - 56 osób (93%), nadciśnienie tętnicze - 54 pacjentów (90%), cukrzycę - 47 seniorów (78%), astmę oskrzelową - 39 chorych (65%), depresję - 38 pacjentów (63%), choroby tarczycy - 36 osób (60%), GPP u 36 badanych (60%) oraz stan po udarze mózgu - 31 seniorów (52%). Natomiast u nieco mniej niż połowy badanych zdiagnozowano kolejno: zapalenie płuc - 29 pacjentów (48%), stan po zawale serca mięśniowego - 27 respondentów (45%), kamice nerkową - 42 osób (40%), reumatologiczne zapalenie stawów - 17 chorych oraz zespół zależności alkoholowej - 15 pacjentów (25%).

Najczęstsze objawy kliniczne występujące u badanej populacji to uczucie ciągłego zmęczenia, które wskazało 54 chorych (90%) oraz zaburzenia snu, które wskazało 51 osób (85%). Zaburzenia pracy serca występują u 48 respondentów (80%), bóle kręgosłupa u 45 (75%), a bóle i zawroty głowy u 41 (68%). Zaburzenia oddychania ma 38 ankietowanych (63%), zaburzenia słuchu 37 (62%), a bóle kończyn 35 osoby (48%). Kolejnym objawem klinicznym wymienianym przez pacjentów jest szybkie męczenie się, wskazane przez 50% badanych, tj. 30 osób, niedowład połowiczny u 47%, tj. 28 seniorów, zaburzenia widzenia oraz w oddawaniu moczu występujące u 40%, 24 chorych. Zaburzenia w oddawaniu stolca wystąpiły u 30%, 18 respondentów, a zaburzenia czucia u 28%, czyli 17 badanych.

Pytanie 15 dotyczyło korzystania respondentów ze środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych. W związku z chorobami i procesem starzenia się organizmu, jego poszczególnych układów i organów oraz pogarszającej się sprawności fizycznej osoby w wieku podeszłym często korzystają ze środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych.

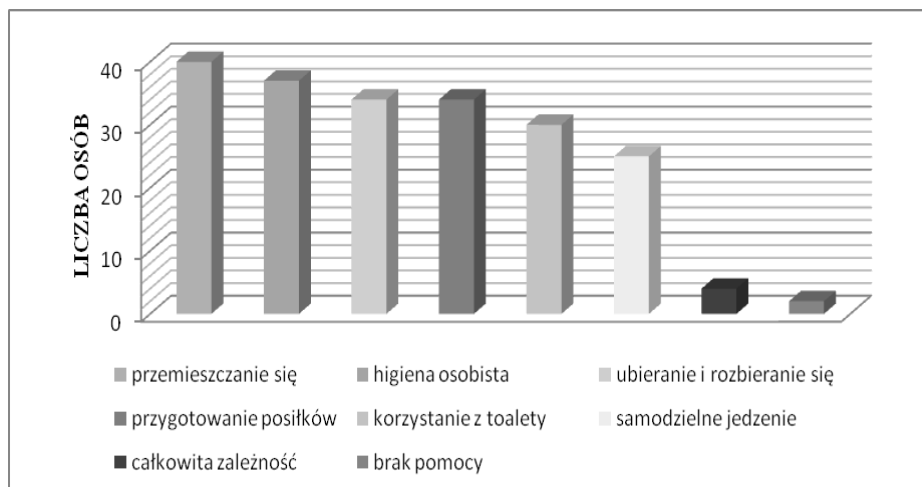


Wykres 12. Środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne wykorzystywane w życiu codziennym respondentów

Wyniki wskazują, że badani pacjenci w dużej części korzystają z środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych, jako formy pomocy w życiu codziennym, co niewątpliwie poprawia ich jakość życia. Najwięcej ankietowanych używa okularów, bo 37 osób (62%), laski 26 badanych (43%), z aparatu słuchowego korzysta 21 seniorów (35%), z wózka inwalidzkiego 20 pacjentów (33%), z worka stomijnego 19 chorych (32%), o kulach porusza się 15 respondentów (25%), protez kończyn używa 8 osób (13%), a z obuwia ortopedycznego korzysta 7 (12%) seniorów (wykres 12).

Pytanie 16 dotyczyło potrzeby pomocy innych osób przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. W okresie starości wzrasta zapotrzebowanie na pomoc osób w związku z obniżoną sprawnością fizyczną organizmu. Trzeba jednak pamiętać, że w opiece nad

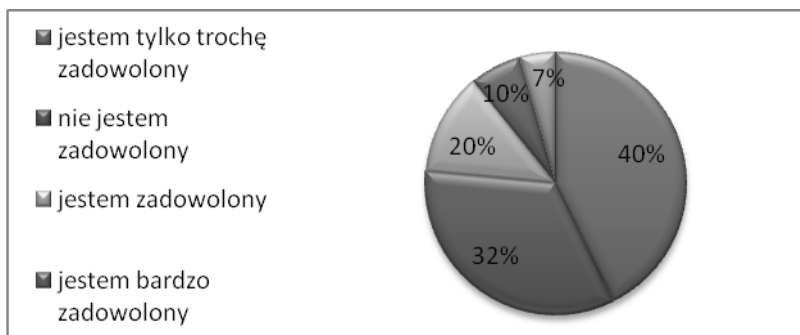
osobami w wieku podeszłym nie jest ważne tylko zabezpieczenie potrzeb fizycznych. Seniora należy wspierać psychicznie, rozmawiać z nim, zapewnić poczucie bezpieczeństwa.



Wykres 13. Zależność respondentów od innych osób przy wykonywaniu czynności dnia codziennego

Badania dowiodły, że znaczna część badanych jest zależna od innych osób. Najwięcej osób w wieku podeszłym potrzebuje pomocy przy przemieszczaniu się, bo 40 osób (67%) oraz utrzymaniu higieny osobistej, bo 37 (62%). Przy ubieraniu i rozbieraniu się oraz przygotowaniu posiłków potrzebuje pomocy po 34 (57%) respondentów. Połowę badanych, czyli 30 osób (50%), korzysta z toalety z pomocą innych, natomiast przy spożywaniu posiłków 25 osób (42%). Całkowitą zależność wskazało 4 (7%) chorych. Samodzielność wykazuje tylko 2 (3%) seniorów (wykres 13).

Samoocenę z poziomu zadowolenia własnej kondycji fizycznej w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego uzyskano z wyników badań z kolejnego, 17 pytania. Akceptacja samego siebie oraz postępującego procesu starzenia się wpływa na dobry stan psychiczny człowieka. Jest jednym z głównych czynników determinujących jakość życia.



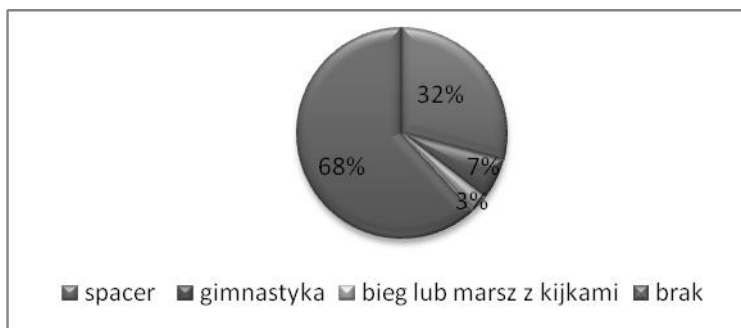
Wykres 14. Samoocena kondycji fizycznej w wykonywaniu codziennych czynności

Z przeprowadzonych badań wynika, że tylko trochę zadowolonych ze swojej kondycji fizycznej w wykonywaniu czynności dnia codziennego jest 67% badanych, czyli 40 osób. W ogóle nie jest zadowolonych 53% badanych, czyli 32 seniorów. Zadowolonych jest 20%, tj. 12 chorych, a bardzo zadowolonych jest 10%, czyli 6 osób. 7% badanych, tj., 4 pacjentów nie potrafiło określić poziomu własnej kondycji fizycznej (wykres 14).

Pytanie 18 dotyczyło wykonywania dodatkowej aktywności fizycznej w ciągu dnia. Poza właściwą, zbilansowaną dietą i wystrzeganiem się nałogów, aktywność fizyczna jest jednym z czynników hamujących starzenie się organizmu oraz wpływającym na poprawę jakości życia. Dodatkowo, wpływa korzystnie na poprawę funkcjonowania szeregu funkcji organizmu, warunkując lepsze samopoczucie i ogólną zdrowotność organizmu. Z tego względu właśnie o aktywności fizycznej nie powinny zapominać osoby w wieku podeszłym, które niestety często starają się unikać wszelkiego wysiłku wychodząc z błędnego przekonania, że są już za stare, co jest całkowicie błędne.



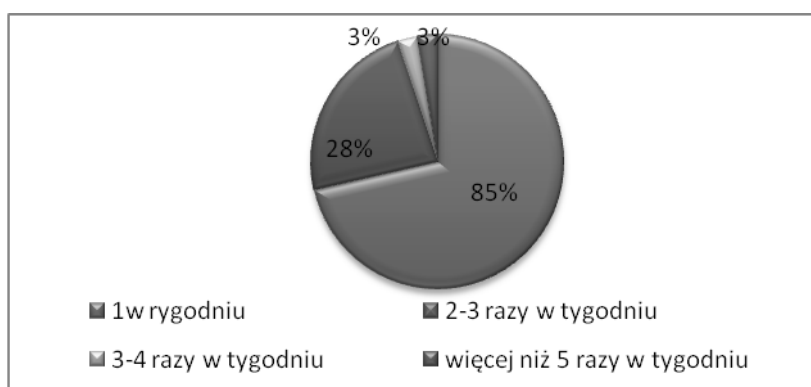
Wykres 15. Wykonywanie przez respondentów dodatkowej aktywności ruchowej w ciągu dnia



Wykres 16. Dodatkowy wysiłek fizyczny wskazany przez respondentów

Z przeprowadzonych badań wynika, że dodatkowy wysiłek fizyczny w ciągu dnia wykonuje tylko 19 osób, tj., 32% badanych. Wszystkie 19 osób uznało spacer za dodatkową aktywność. Gimnastykę uprawia tylko 4 chorych (7%), a marsz z kijkami 2 osoby (3%). Natomiast nie dba o swoją kondycję fizyczną aż 41 pacjentów, czyli 68%. Zaniedbywanie sprawności fizycznej w znacznym stopniu przyczynia się do obniżenia jakości życia wśród osób po 65 roku życia (wykresy 15 i 16).

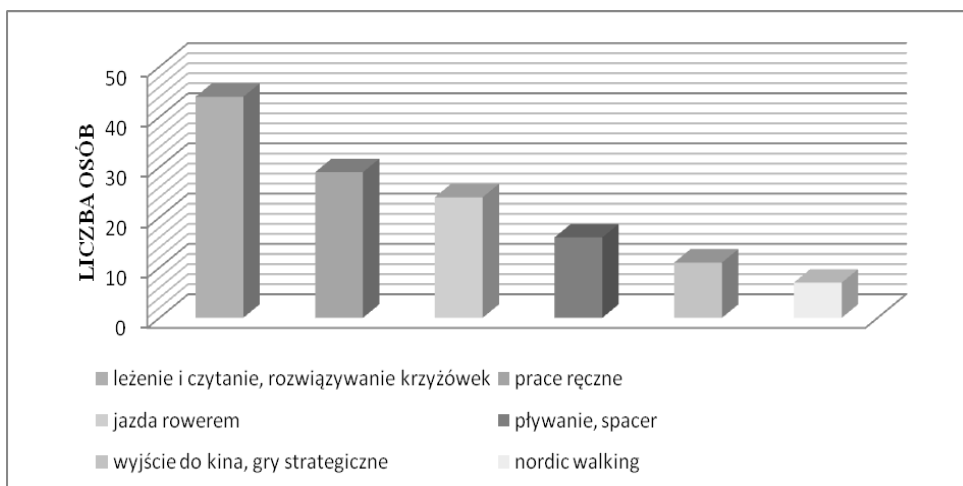
Zaniedbywanie kondycji fizycznej przez badane osoby potwierdzają wyniki badań z kolejnego, 19, pytania, które dotyczyło spędzania przez nich aktywnie czasu w ciągu tygodnia. Organizm seniorów z aktywności ruchowej czerpie same korzyści. Pozytywnie wpływa na układ: kostny, mięśniowy, oddechowy, sercowo-naczyniowy oraz nerwowy. W przypadku osób w podeszłym wieku szczególnie istotny jest właściwy dobór aktywności ruchowej. Zależy on od ogólnego stanu zdrowotnego i towarzyszących chorób, które często w dużej mierze nie wykluczają aktywności fizycznej w życiu codziennym, a wręcz przeciwnie – wspomagają ich leczenie lub spowalniają występowanie groźnych dla zdrowia konsekwencji tych chorób.



Wykres 17. Czas spędzany aktywnie przez respondentów w ciągu tygodnia

W ankiecie do spędzania czasu aktywnie tylko raz w tygodniu przyznało się aż 85% pacjentów, czyli 51 osób. Zgromadzony materiał badawczy wykazał, że 2-3 razy w tygodniu aktywnie spędza sza 28%, tj. 17 badanych, 4-5 razy w tygodniu i więcej niż 5 spędza aktywnie czas tylko 3%, czyli po 2 ankietowanych (Wykres 17).

Formy odpoczynku ludzi po 65 roku życia bezdyskusyjnie wpływają na ich jakość życia. Czas wolny seniorzy powinni przeznaczać na różnego rodzaju rekreacje, np. wypoczynek czynny i bierny (wycieczka, jazda rowerem, czytanie książek, leżenie), rozwijanie zainteresowań czy rozrywkę (kino, teatr).

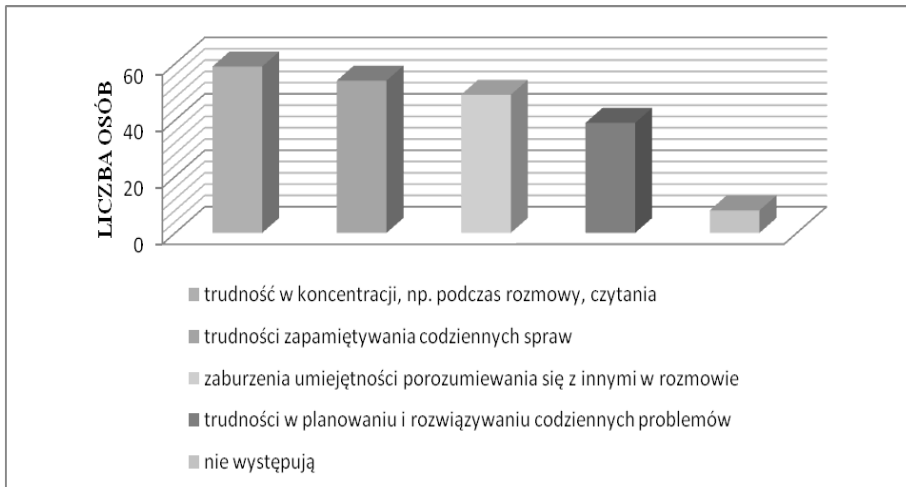


Wykres 18. Najczęstsze formy odpoczynku respondentów

Wyniki badań wskazują, że najczęstszą formą odpoczynku ludzi w podeszłym wieku jest leżenie, czytanie i rozwiązywanie krzyżówek. Formy te wskazało 73%, czyli 44 badanych. Prace ręczne (np. robienie na drutach, szydełku czy rzeźbienie) wykonuje 48%, czyli 29 badanych. Rowerem jeździ 40%, tj. 24 osoby, natomiast pływa 16 osób, czyli 27%. Wyjść do kina lub grać w gry strategiczne (np. szachy, warcaby) lubi 11 osób., tj. 18%. Najmniej, bo 7 seniorów, 12%, uprawia nordic walking (wykres 18).

Kolejną, istotną kwestią w badaniach nad poziomem jakości życia, przedstawiono w pytaniach 21-29. Były to procesy myślowe, uczucia i emocje respondentów, które są determinantami jakości życia. Starsi ludzie są bardziej wrażliwi na stres i łatwiej psychicznie się załamują. Dlatego dla zachowania dobrego zdrowia szczególne znaczenie ma higiena psychiczna, wiara w celowość i sens życia oraz stworzenie takich warunków, w których senior czułby się potrzebny.

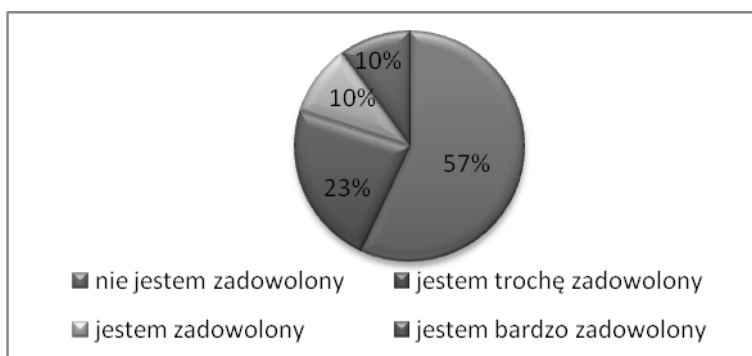
Zaburzenia toku myślenia nie są rzadkością u osób w wieku podeszłym. Seniorzy często mają spowolniony ten proces, są rozkojarzeni. Jest to rezultat niedotlenienia i niedokrwienia mózgu oraz zaburzeniami w układzie nerwowym, spowodowanymi procesem starzenia się organizmu. Takie dysfunkcje obniżają jakość życia osób w wieku starszym.



Wykres 19. Samoocena zaburzeń w procesie myślenia

Zaburzenia i trudności w koncentracji podczas czytania tekstu, śledzenia wątków rozmowy, posiada aż 59 pacjentów, tj. 98%. Trudności z zapamiętywaniem codziennych spraw ma 58 chorych, tj. 87%. Natomiast zaburzenia umiejętności porozumiewania się w rozmowie z innymi wykazuje 49 osób, tj. 82% badanych. O trzy osoby mniej, tj. 39, czyli 65% ma trudności w planowaniu i rozwiązywaniu codziennych problemów. Żadne objawy zaburzeń w przebiegu procesu myślenia nie występują tylko u 8 ankietowanych, czyli 13% (wykres 19).

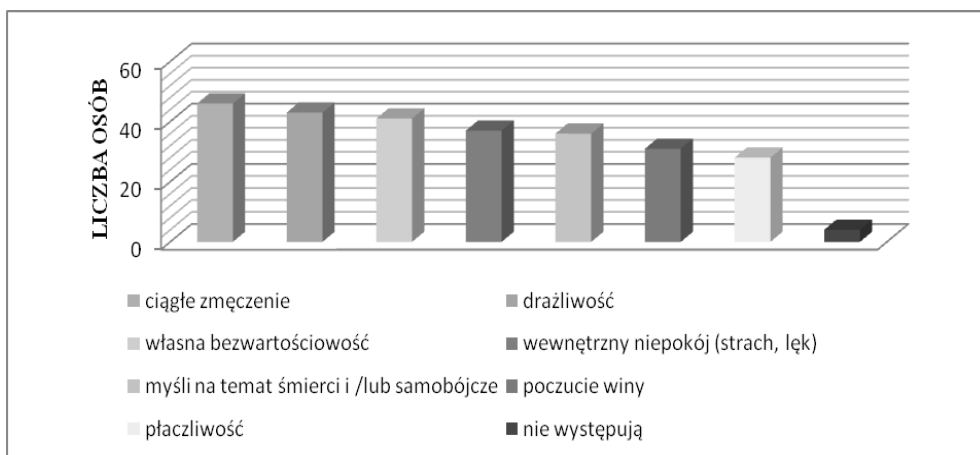
Poziom samozadowolenia z przebiegu procesów takich jak: koncentracja, pamięć i myślenie został zbadany w pytaniu 22. Bardzo ważne w badaniach nad jakością życia są informacje dotyczące samooceny z jej poszczególnych determinant.



Wykres 20. Zadowolenie respondentów z procesów poznawczych: pamięci, koncentracji, myślenia

Badania wykazały, że 57% czyli 34 ankietowanych nie jest zadowolona z przebiegu swoich procesów koncentracji, pamięci i myślenia, natomiast 23%, tj. 14 osób jest tylko trochę z nich zadowolona. Po 10%, czyli 6 osób stwierdziło, że jest zadowolonych lub jest bardzo zadowolonych z procesów wymienionych w pytaniu (wykres 20).

Pytanie 23 dotyczyło objawów emocjonalnych występujących u badanych. Świadomość kończącego się okresu życia (wizja śmierci) a nawet tylko aktywności zawodowej czy możliwości psychofizycznych, wpływa na intensywność przeżywanych emocji u seniorów.



Wykres 21. Objawy występujące u badanych seniorów

Materiał badawczy wykazał, że najczęstszymi objawami u osób w wieku podeszłym są: ciągle zmęczenie, wskazane przez 46 osób (77%), drażliwość, która występuje u 43 pacjentów (72%) oraz poczucie własnej bezwartościowości występujące u 41 chorych (68%). Nieco mniej ankietowanych zaznaczyło wewnętrzny niepokój (strach, lęk), bo 37 seniorów (62%), myśli na temat śmierci i/lub samobójstwa, bo 36 pacjentów (60%) oraz poczucie winy, bo 31 chorych (52%). Płaczliwość wskazało 28 osób (47%), a 8 (7%) stwierdziło, że nie ma żadnych objawów (wykres 21).

W kolejnym pytaniu respondenci zaznaczali nastrój, który u nich najczęściej występuje. U osób starszych nastrój wynika z pewnością z obiektywnych uwarunkowań, np.: świadomości końca życia, stopniowej utraty z otoczenia znajomych i bliskich, ograniczeń wynikających ze starzenia się całego ciała, braku samodzielności, dolegliwości spowodowanych chorobami, często obniżenia statusu materialnego, konieczności zmiany dotychczasowego stylu życia, czasem niekorzystnego podsumowania tzw. bilansu życia.



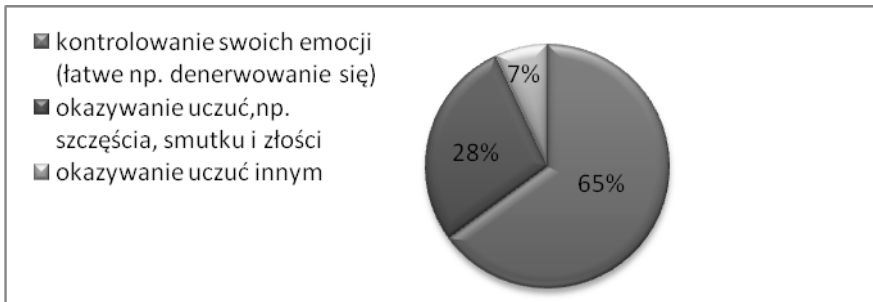
Wykres 22. Najczęstsze nastroje

Z badań wynika, że najczęściej występującym nastrojem u respondentów jest częstsze bycie smutnym niż zadowolonym – wskazało ten nastrój 31 pacjentów (52%). Prawie zawsze poczucie smutku i rzadkość zdarzeń miłych zaznaczyło 22 chorych (37%). 7 osób (11%) stwierdziło, że są raczej zadowoleni z życia, choć czasem zdarzają się przykre momenty. Nikt nie zaznaczył odpowiedzi z której wynika, że umie cieszyć się życiem i każdą jego chwilą (wykres 22).

W pytaniu 25 respondenci odpowiadali, co u nich wywołuje stres. Jest to negatywne uczucie, które na starość często się potęguje. Stres niekorzystnie wpływa zwłaszcza na organizm ludzki w podeszłym wieku i często wywołuje: drażliwość, lęk, nerwowość, depresję, zaburzenia snu, itp.

Z analizy wyników badań wynika, że najczęstszą przyczyną wywołującą stres u osób w wieku podeszłym są sprawy zdrowotne, które wskazało 47 osób, czyli 78%. Kolejną częstą przyczyną stresu są sprawy materialne. Stwierdziło tak 46 pacjentów, tj. 77%. Sytuację rodzinną wskazało 39 chorych, czyli 65%, a myśli związane z przemijaniem 38, tj. 63%. Kolejny czynnik, to sprawy polityczne, wybrane przez 22 osoby, tj. 37% badanych oraz sprawy zawodowe zaznaczone przez 14 respondentów, czyli 23%. Najmniej na wywołanie stres u badanych osób wpływają sprawy związane z hobby – 7 seniorów, 12%.

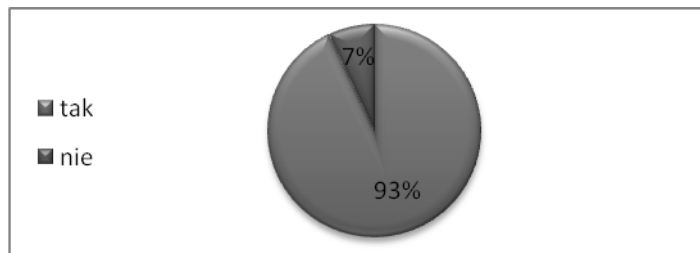
Następne pytanie ankiety dotyczyło trudności z wyrażeniem uczuć, które we wcześniejszych okresach życia nie występowały u respondentów. Wzrost wymienionych trudności jest cechą wieku podeszłego i mniejszej odporności na stres. Ludzie starsi nie mają jednak dużych problemów z okazywaniem uczuć. Jednak znacznie ciężiej jest im zapanować na emocjami, zwłaszcza złością i gniewem.



Wykres 23. Trudności z wyrażaniem uczuć, które wcześniej nie występowały

Trudnościami z wyrażaniem uczuć, które wcześniej nie występowały u badanych osób w największym stopniu okazało się być kontrolowanie swoich emocji (łatwość denerwowania się, wybuchanie złością). Ma z tym problem 39 ankietowanych, czyli 65%. Z okazaniem, wyrażeniem uczuć ma problem 17 pacjentów, czyli 28%, a z okazywaniem uczuć innym 4 chorych, tj. 7%. I w tym obszarze widać wysoki procent występowania kilku problemów, dolegliwości jednocześnie (wykres 23).

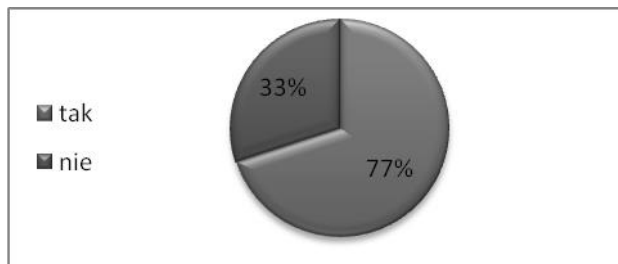
W kwestionariuszu ankiety umieszczone zostało również pytanie dotyczące poczucia osamotnienia osób w wieku podeszłym. Poczucie osamotnienia to jeden z najważniejszych czynników, który ma niekorzystny wpływ na zdrowie i jakość życia seniora. Literatura podkreśla, że satysfakcjonujące życie rodzinne, towarzyskie, czyli społeczne, może zapobiec temu uczuciu.



Wykres 24. Poczucie osamotnienia

Zgromadzony materiał badawczy wykazał ogromny procent seniorów z częstym poczuciem osamotnienia, bo aż 93%, tj. 56 osób. Natomiast tylko 7%, tj. 4 badanych nie czuje się tak często (wykres 24).

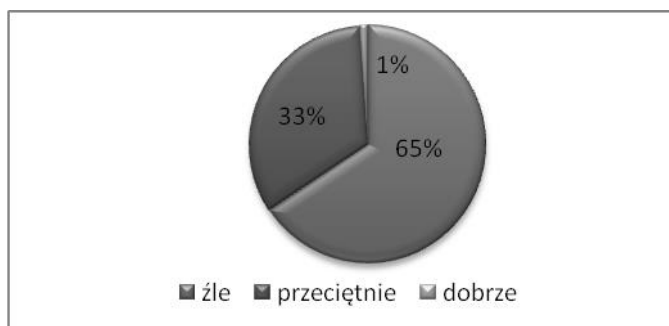
Częstość poczucia bezradności zbadano w pytaniu 28. Bezradność jest to stan psychiczny i polega na poczuciu bezsilności, niemożności rozwiązania problemu czy danej sytuacji. Stan ten u osób starszych ujawnia się głównie poprzez brak możliwości zatrzymania procesu starzenia się i o rozmyślaniu o nieuchronnie zbliżającej się śmierci.



Wykres 25. Uczucie bezradności

Częste poczucie bezradności odczuwa 46 badanych chorych, tj. 77%, a jego brak 19, czyli 32% (wykres 25). Wyniki z tego pytania potwierdzają, że ludzie starsi odczuwają w większości dnia negatywne emocje i nastroje.

W kolejnym pytaniu respondenci ocenili swoje samopoczucie psychiczne. Termin ten oznacza poczucie siły i zadowolenia z życia. Osoby oceniające dobrze swoje samopoczucie psychiczne szybciej rozwiązują problemy, nie poddają się, są przekonane, że mogą im sprostać. Dobrostan psychiczny zależy od wielu czynników.



Wykres 26. Ocena samopoczucia psychicznego

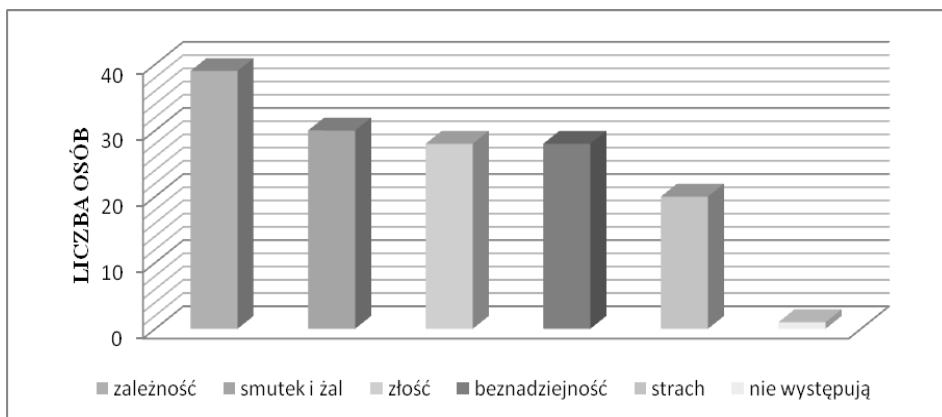
Całkiem źle ocenia swoje samopoczucie psychiczne 39 ankietowanych (65%), przeciętnie 20 osób (33%), a za dobre uważa swoje samopoczucie tylko 1 (2%) badanych (wykres 26). Takie nastawienie badanej grupy obniża ich jakość życia.

Trzydzieste pytanie dotyczyło poziomu zadowolenia z konkretnych kontaktów międzyludzkich. Podkreślić należy, że życie społeczne osób w wieku starszym i kontakty z innymi ludźmi mają duże znaczenie na podwyższenie jakości ich życia.

Materiał badawczy wykazał, że najbardziej seniorzy zadowoleni są z relacji z małżonkiem lub partnerem, bo aż 49 badanych, czyli 82%. Za bardzo ważne 46 pacjentów, tj., 77%, uważa dobre kontakty z dziećmi, natomiast 31 osób, 52%, stwierdziło, że najchętniej przebywa w swoim towarzystwie. Zadowolenie z kontaktów seksualnych wykazało 29 chorych, czyli 48% badanych, a relacji z przyjaciółmi 22 osoby, czyli 22%. Najmniej zadowolonych, bo 10 osób, 17%, jest z uczestnictwa w życiu

towarzyskim i sposobie spędzania wolnego czasu oraz z tego, jak inni odnoszą się do chorego, tj. 8 osób, czyli 13% ankietowanych.

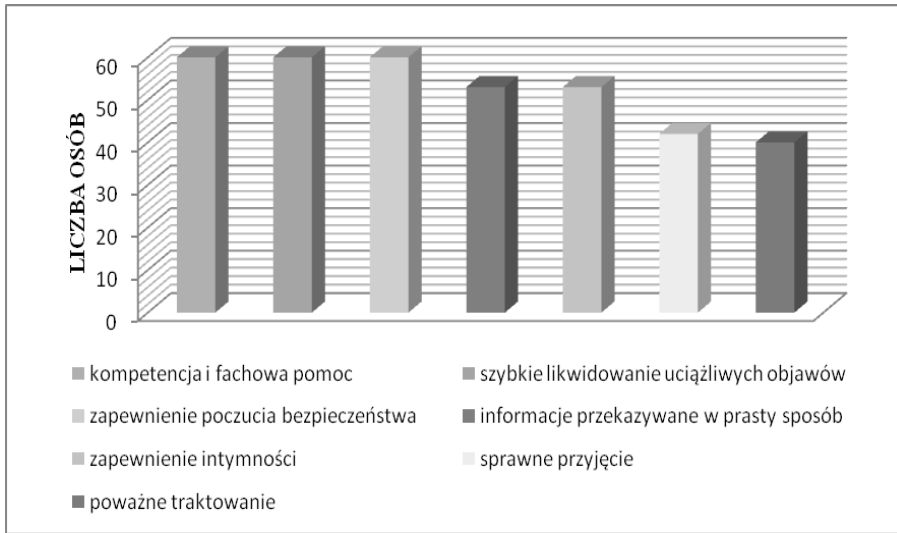
Pytanie 31 dotyczyło uczuć występujących u osób po 65 roku życia na wiadomość o konieczności hospitalizacji. Lęk przed nieznanym środowiskiem, ból oraz strach i niewiedza na temat choroby lub przyczyny hospitalizacji wywołują szereg negatywnych uczuć u pacjenta w wieku podeszłym.



Wykres 27. Uczucia towarzyszące konieczności hospitalizacji

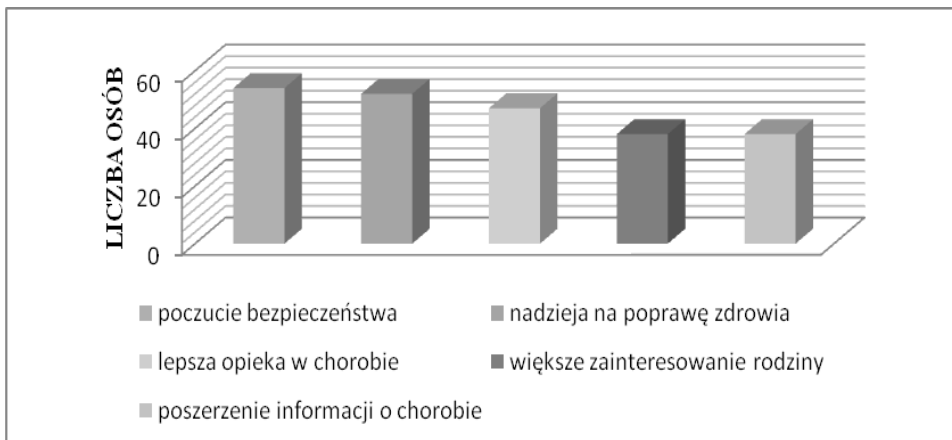
Wyniki badań udowodniają, że na wieść o konieczności hospitalizacji w oddziale internistycznym wśród badanych dominuje uczucie zależności, bo aż u 39 osób (65%). Kolejnym często występującym uczuciem jest smutek i żal, który wskazało 30 chorych (50%). Uczucie złości i beznadziejności zaznaczyło jednocześnie po 28 osób (47%). Strach przed hospitalizacją wskazało 20 pacjentów (33%), a tylko 1 (2%) osoba stwierdziła, że nie występują u niej żadne uczucia w związku z przyjęciem do szpitala (wykres 27).

Następnie, 32 i 33 pytanie dotyczyły oczekiwań wobec personelu medycznego oraz o korzyści wynikające z hospitalizacji. Wszyscy pacjenci, nie tylko po 65 roku życia, oczekują od personelu medycznego profesjonalizmu, pomocy w uśmierzeniu bólu, ciepła, serdeczności czy wyrozumiałości. Osoby w wieku podeszłym czerpią m.in. następujące korzyści: zdrowotne, edukacyjne (wiedza na temat choroby), podwyższające poziom samodzielności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.



Wykres 28. Oczekiwania wobec personelu oddziału

Materiał badawczy wykazał jakie są oczekiwania pacjentów po 65 roku życia wobec personelu oddziału. Wszyscy badani, tj., 60 osób (100%) oczekują od pielęgniarek kompetencji, fachowej pomocy oraz szybkiego likwidowania uciążliwych objawów oraz zapewnienia poczucia bezpieczeństwa. Tylko o siedem mniej osób, tj. 53 (88%) oczekuje od personelu oddziału informacji przekazywanej w prosty sposób oraz zapewnienia intymności. Sprawnego przyjęcia oczekuje 42 chorych (70%), a poważnego traktowania 40 (67%) badanych (wykres 28).



Wykres 29. Korzyści z pobytu w oddziale

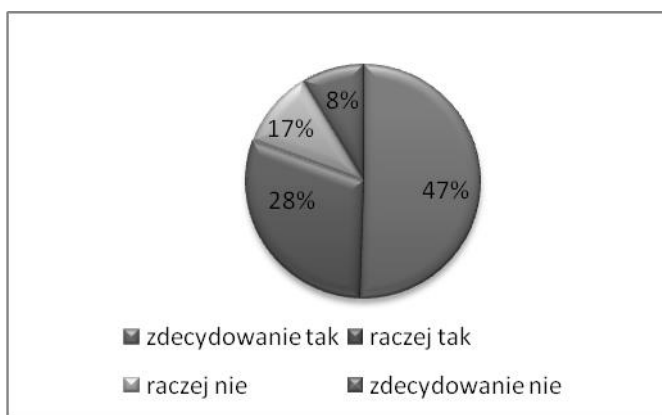
Następnie w ankiecie zapytano pacjentów, co daje im pobyt w danym oddziale. Poczucie bezpieczeństwa wskazało 90% chorych, czyli 54 osoby. Nadzieję na poprawę

zdrowia zaznaczyło 87%, czyli 52 osoby, natomiast lepszą opiekę w chorobie wskazało 78%, tj. 47 seniorów. Po 63%, czyli 38 respondentów zaznaczyło większe zainteresowanie ich osobą przez rodziny oraz poszerzenie własnych informacji o chorobie (wykres 29).

Pytanie 33 dotyczyło poziomu zadowolenia pacjentów w wieku podeszłym z jakości usług personelu oddziału. Zadowolony pacjent to, cel pracowników badanej placówki.

Z przeprowadzonych badań uzyskano odpowiedź w jakim stopniu pacjenci są zadowoleni z usług personelu oddziału. 35 osób (58%) stwierdziły że są bardzo zadowolone z jakości usług personelu medycznego, a 10 chorych (17%) zadeklarowało, że są bardzo zadowoleni. 8 osób (13%) jest tylko trochę zadowolonych. Nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie 7 chorych (12%). Natomiast nikt nie zaznaczył odpowiedzi, że nie jest zadowolony.

Następne pytanie dotyczyło poczucia uzyskania pomocy w razie potrzeby (choroby, kalectwa, starości) przez społeczeństwo lub państwo. W Polsce osoby starsze są coraz bardziej przekonani, że mogą liczyć na pomoc społeczeństwa i państwa. Wynika to z coraz większej chęci polskich seniorów przeciwdziałania, samotności i bierności. Aktywność, szczególnie ta kulturowo-oświatowa przyczynia się do zachowania dłuższej młodości mózgu i wiedzy, gdzie i do kogo należy się zwrócić o pomoc w razie takiej konieczności.



Wykres 30. Poczucie uzyskania pomocy przez społeczeństwo i państwo w razie potrzeby

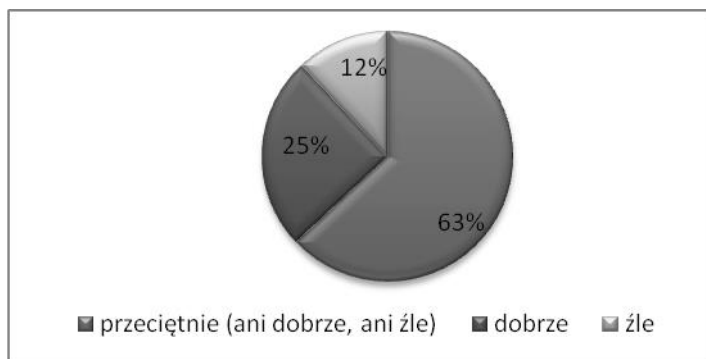
Na pytanie o poczucie pomocy w razie potrzeby (choroby, kalectwa, starości) przez społeczeństwo lub państwo badani odpowiedzieli następująco: 28 badanych (47%) uważa, że zdecydowanie tak, że może liczyć na taką pomoc; 17 osób (28%) stwierdziło, że raczej tak; 10 chorych (17%) odpowiedziało, że raczej nie, a 5 pacjentów (8%), że zdecydowanie nie. Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że dużo większość badanych, 75%, liczy na pomoc państwa lub społeczeństwa w razie takiej potrzeby (wykres 30).

Czynników wpływających na dobry stan zdrowia jest wiele. Są one dobieranie

często indywidualnie. Najczęściej bierze się pod uwagę czynniki środowiskowe, genetyczne, zawodowe, używki czy styl życia.

Materiał badawczy wskazał, że w opinii badanych w największym stopniu może wpłynąć na zapewnienie jak najlepszego stanu zdrowia w późnym wieku taki czynnik, jak udane życie rodzinne, które wskazało 20 seniorów (33%). Następnymi czynnikami wymienionymi w ankiecie były regularna aktywność oraz radzenie sobie ze stresem, które wskazało 17 osób (29%). Najmniej istotnymi dla badanej populacji czynnikami mającymi wpływ na zapewnienie najlepszego stanu zdrowia w późnym wieku mają właściwa dieta, spożywanie suplementów diety oraz regularnie przeprowadzane badania kontrolne, odbywanie wizyt lekarskich. Te czynniki wybrało po 2 osoby (3%).

Ostatnie, najistotniejsze pytanie w kwestionariuszu ankiety dotyczyło oceny swojego poziomu jakości życia. Na świecie coraz liczniej bada się ten problem. Kładzie się nacisk na poprawę jakości życia, a nie tylko na jego przedłużenie.



Wykres 31. Samoocena jakości życia

Wyniki badań dowiodły, że najwięcej osób starszych hospitalizowanych Jaworskim Centrum Medycznym, bo 38 (65%) ocenia swoją jakość życia jako przeciętną (średnią, tj. ani dobrze, ani źle). Jako dobrą ocenia ją 15 osób (25%), a jako złą 7 (12%) (wykres 30).

Hipoteza główna

Z przeprowadzonych badań można potwierdzić hipotezę główną, która brzmi: pacjenci w wieku podeszłym oddziału internistycznego Jaworskiego Centrum Medycznego oceniają swój poziom jakości życia jako średni.

Hipotezy szczegółowe

1. Wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status materialny mają wpływ na ocenę jakości życia pacjentów po 65 roku życia.

Powyższa hipoteza szczegółowa potwierdziła się w badaniach. Uważa się, że w/w czynniki mają znaczący wpływ na jakość życia. Badania dowiodły, że mężczyźni, mieszkańcy większych miast, bardziej wykształceni oraz z lepszym statusem materialnym

wyżej ocenili swoją jakość życia. Udowodniono również, że im większy wiek u osób starszych, tym obniża się jakość życia.

2. Większość respondentów nie stosuje profilaktyki starzenia się.

Druga hipoteza szczegółowa została całkowicie potwierdzona przez wyniki badań uzyskane z pytań 17-20. Badania dowiodły, że pomimo niskiej aktywności fizycznej badanych pacjentów, ograniczającej się do spacerów i rzadko jazdy rowerem, mają oni wysoki poziom wiedzy o jej istotnym wpływie a polepszenie i przedłużenie stanu zdrowia, a co za tym idzie na poziom jakości ich życia.

3. Uważa się, że pacjenci potrzebują: środków pomocniczych, przedmiotów ortopedycznych, pomocy osób drugich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Hipoteza ta została tylko częściowo potwierdzona oraz zweryfikowana przez odpowiedzi z pytań 15-16. Potwierdza się teza, że ponad połowa osób starszych jest zależna od osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Natomiast zależność od środków pomocniczych czy przedmiotów ortopedycznych w życiu codziennym wykazuje mniej niż połowa respondentów. Duża ilość, bo 32% badanych korzysta z nie wymienionych w powyższej hipotezie worków stomijnych.

4. Zakłada się, że niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, depresja, bóle kręgosłupa, głowy oraz zaburzenia snu są najczęstszymi chorobami i dolegliwościami obniżającymi poziom jakości życia.

Kolejna hipoteza szczegółowa została całkowicie potwierdzona. Dużą wiedzę w tej kwestii dały odpowiedzi na pytania 12, 13, i 14. Należy podkreślić, że ludzie w wieku podeszłym posiadają tzw. wielochorobowość oraz patologię mnogą. Rozumieć przez to należy, że ponad połowa badanych posiadała więcej jak 5 diagnoz lekarskich, schorzeń oraz innych objawów klinicznych. Wyniki tych badań ponownie potwierdziły, to, że z wiekiem nieuchronnie ludziami pogarsza się stan zdrowia i tym samym ich jakość życia.

5. Respondentom w większości dnia towarzyszą takie uczucia i nastroje, jak: smutek, złość, zmęczenie oraz zależność.

Hipoteza ta została potwierdzona wynikami badań. W związku z mniejszą sprawnością fizyczną i spowolnieniu procesów myślowych, a tym samym konieczności przebywania coraz większego czasu w domu czy częściej w szpitalu, jak i zmniejszonym życiem towarzyskim oraz rozmyślaniami o śmierci, ludziom po 65 roku życia w większości dnia towarzyszą takie uczucia, jak: smutek, złość, zmęczenie, zależność i poczucie osamotnienia.

6. Pacjenci wykazują bardzo wysoki poziom zadowolenia z jakości usług personelu medycznego w badanej placówce.

Dzięki wynikom badań z ostatniej części ankiety dotyczącej oceny hospitalizacji i personelu szpitalnego hipoteza ta została całkowicie potwierdzona.

7. Wnioski

Po dokładniej analizie i prezentacji materiału badawczego oraz hipotez

sformułowano wnioski:

1. Pacjenci mają bardzo wysoki poziom wiedzy o czynnikach wpływających na polepszenie i utrzymanie zdrowia oraz na jakość życia. W większości jednak nie praktykują tej wiedzy.
2. Wiek i wielochorobowość są najczęstszymi czynnikami obniżającymi jakość życia seniorów.
3. Negatywne emocje i nastroje osób w wieku podeszłym najczęściej spowodowane są lękiem o stan zdrowia, zależnością, rozmyśleniami o nieustannie zbliżającej się śmierci i coraz rzadszymi kontaktami międzyludzkimi. Takie emocje obniżają jakość życia osób w starszym wieku.
4. Osoby po 65 roku życia są w większości zależne od pomocy osób drugich oraz środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Taka pomoc poprawia ich jakość życia.
5. Badani pacjenci wykazali wysoki poziom zadowolenia z opieki podczas pobytu w badanej placówce. Hospitalizacja sprzyja poprawie jakości życia seniorów.

Wyniki dowiodły różnorodność poziomu jakości życia ankietowanych.

Dzięki dynamicznemu rozwojowi geriatryi wzrasta przekonanie o coraz lepszej i indywidualnej opiece nad osobami w podeszłym wieku. Rezultaty tych działań sprzyjają poprawie poziomu jakości ich życia oraz ich samoocenie. 100% badanych stwierdziło, że jest zadowolonych z opieki pielęgniarskiej podczas hospitalizacji w oddziale badanej placówki. Należy jednak pamiętać, że wydłużenie czasu życia nie zawsze wiąże się z jego jakością.

Zakończenie

Wyniki badań dały odpowiedź na wszystkie problemy zamieszczone w pracy. Potwierdziło się główne założenie autora, że poziom jakości życia pacjentów po 65 roku życia leczonych w oddziale internistycznym w Jaworskim Centrum Medycznym jest oceniony na poziomie średnim.

Organizm człowieka przez całe życie ulega ciągłym zmianom – rośnie, rozwija się i starzeje. Procesy te przebiegają jednocześnie. Jednak to starość jest tym procesem, który wprowadza nieuniknione zmiany dotyczące funkcjonowania psychicznego, fizycznego oraz społecznego człowieka. Proces postępowania i wzrostu starzenia się społeczeństwa dotyczy wszystkich krajów na świecie. W związku z taką sytuacją demograficzną konieczne jest ukierunkowanie polityki społecznej nie tylko na wydłużenie życia, ale także na podejmowanie czynności i działań sprzyjających poprawie jakości życia ludzi w wieku podeszłym.

Poprawie jakości życia seniora, niezależnie od stopnia zaawansowania jego

niepełnosprawności, pomaga rozwijająca się intensywnie w Polsce rehabilitacja medyczna (psychiczna i fizyczna). Zasadniczym, a zarazem specyficznym celem rehabilitacji osób w wieku podeszłym jest zwykle przywrócenie zdolności do samodzielnej egzystencji, która została utracona w wyniku choroby, wypadku czy zabiegu chirurgicznego. Inaczej jak w rehabilitacji młodej populacji, w której dąży się głównie do pełnego odzyskania braku funkcji, rehabilitacja seniorów nastawiona jest na opanowanie w jak największym stopniu podstawowych czynności codziennych. Rehabilitacja osób starszych może odbywać się nie tylko w szpitalu czy przychodni, ale również w domu. Należy pamiętać, że na funkcjonowanie starszego człowieka ma wpływ wiele czynników. Dlatego bez odpowiedniej motywacji, wsparcia psychicznego, leczenia farmakologicznego, zaspokojenia potrzeb pielęgnacyjnych postęp w procesie rehabilitacji nie jest możliwy.

Termin jakości życia wyjaśniany jest jako pojęcie dobrostanu psychicznego i fizycznego, szczęścia i zadowolenia z życia, spełnienia pragnień. Ma ono wielowymiarowy charakter i przede wszystkim podlega subiektywnej ocenie jednostki. Badania jakości życia pacjentów są bardzo ważnymi i istotnymi informacjami ulepszania sposobów postępowania z seniorami dla pielęgniarek oraz pozostałych pracowników służb medycznych. Coraz częściej stają się bodźcem do realizacji indywidualnych procesów pielęgnacji oraz wpływają na podniesienie jakości życia pacjenta.

Piśmiennictwo

- [1]. Kostka T., Koziarska-Rościszewska M., Choroby wieku podeszłego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
- [2]. Syrek E., Jakość życia w chorobie, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- [3]. Baszczak K., Jakość życia w chorobie nowotworowej istoty społecznej, W Cieniu Czepka, Wrocław – Legnica 2012, nr 10.

Spis tabel

Tabela 1. Zmienne zależne i niezależne w problemach badawczych	107
--	-----

Spis wykresów

Wykres 1. Wiek ankietowanych	109
Wykres 2. Płeć ankietowanych	109
Wykres 3. Struktura respondentów według wykształcenia	110
Wykres 4. Stan cywilny badanej populacji	110
Wykres 5. Miejsce zamieszkania respondentów	111
Wykres 6. Struktura badanych według wspólnego mieszkania	111
Wykres 7. Warunki mieszkaniowe respondentów	112
Wykres 8. Samoocena sytuacji materialnej respondentów	112

Wykres 9. Ilość spożywanych posiłków dziennie.....	113
Wykres 10. Nałogi respondentów	114
Wykres 11. Liczba schorzeń u badanych seniorów	114
Wykres 12. Środki pomocnicze, przedmioty ortopedyczne wykorzystywane w życiu codziennym respondentów	115
Wykres 13. Zależność respondentów od innych osób przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.....	116
Wykres 14. Samoocena kondycji fizycznej w wykonywaniu codziennych czynności	117
Wykres 15. Wykonywanie przez respondentów dodatkowej aktywności ruchowej w ciągu dnia	117
Wykres 16. Dodatkowy wysiłek fizyczny wskazany przez respondentów	118
Wykres 17. Czas spędzany aktywnie przez respondentów w ciągu tygodnia.....	118
Wykres 18. Najczęstsze formy odpoczynku respondentów	119
Wykres 19. Samoocena zaburzeń w procesie myślenia	120
Wykres 20. Zadowolenie respondentów z procesów poznawczych: pamięci, koncentracji, myślenia	120
Wykres 21. Objawy występujące u badanych seniorów	121
Wykres 22. Najczęstsze nastroje.....	122
Wykres 23. Trudności z wyrażaniem uczuć, które wcześniej nie występowały	123
Wykres 24. Poczucie osamotnienia	123
Wykres 25. Uczucie bezradności	124
Wykres 26. Ocena samopoczucia psychicznego.....	124
Wykres 27. Uczucia towarzyszące konieczności hospitalizacji.....	125
Wykres 28. Oczekiwania wobec personelu oddziału.....	126
Wykres 29. Korzyści z pobytu w oddziale.....	126
Wykres 30. Poczucie uzyskania pomocy przez społeczeństwo i państwo w razie potrzeby	127
Wykres 31. Samoocena jakości życia	128

Załącznik. Kwestionariusz ankiety dla pacjentów powyżej 65 roku życia Jaworskiego Centrum Medycznego

ANKIETA DOTYCZĄCA POZIOMU JAKOŚCI ŻYCIA

Drodzy pacjenci! Ankieta jest anonimowa, nie trzeba jej podpisywać.

W każdym pytaniu zaznaczcie Państwo odpowiedzi otaczając je pętlą lub wpiszcie informację. Państwa odpowiedzi pomogą mi w napisaniu pracy licencjackiej.

Dziękuję.

1. Wiek(lata).

2. Płeć:

- a) kobieta
- b) mężczyzna

3. Wykształcenie:

- a) podstawowe
- b) zawodowe
- c) średnie
- d) wyższe

4. Stan cywilny:

- a) panna/kawaler
- b) mężatka/zonaty
- c) wdowa/wdowiec
- d) rozwódka/rozwodnik

5. Miejsce zamieszkania:

- a) wieś
- b) małe miasto
- c) duże miasto

6. Z kim Pani/Pan mieszka?

- a) sama / sam
- b) ze współmałżonkiem
- c) partnerem/ partnerką
- c) z dziećmi
- d) z dziećmi i wnukami
- e) inne

7. Jakie są Pani/Pana warunki mieszkaniowe?

- a) złe
- b) przeciętnie
- c) dobre
- b) bardzo dobre

8. Jakie jest Pani/Pana źródło utrzymania (proszę zaznaczyć dowolną ilość odpowiedzi)?

- a) mąż/zona
- b) dzieci
- c) praca na etacie
- d) renta/ emerytura
- e) zasiłek z MOPS
- f) zasiłek dla bezrobotnych
- g) tzw. praca na czarno
- h) dodatkowa praca

9. Jaka jest Pani/Pana obecna sytuacja materialna?

- a) bardzo dobra
- b) dobra
- c) przeciętna
- d) raczej zła
- e) zła

10. Ile posiłków dziennie Pani/Pan spożywa?

- a) 1-2
- b) 3
- c) 4-5
- d) więcej niż 5

11. Czy ma Pani/Pan jakieś nałogi?

- a) nie mam
- b) papierosy
- c) alkohol
- d) inne (jakie?).....

12. Liczba schorzeń

- a) jedno
- b) dwa lub więcej
- c) trzy lub więcej

13. Diagnoza lekarska:

.....
.....

14. Jakie objawy kliniczne utrudniają Pani/Panu funkcjonowanie w życiu codziennym? (proszę zaznaczyć dowolną ilość):

- a) bóle i zawroty głowy
- b) bóle kończyn
- c) bóle kręgosłupa
- d) szybkie męczenie się
- e) zaburzenia widzenia
- f) zaburzenia słuchu

- g) zaburzenia w oddawaniu moczu
- h) zaburzenia w oddawaniu stolca
- i) niedowład połowiczny
- j) zaburzenia czucia
- k) zaburzenia snu
- m) zaburzenia pracy serca
- n) zaburzenia oddychania
- o) ciągle zmęczenie
- p) inne (jakie?).....

15. Czy korzysta Pani/Pan z (proszę zaznaczyć dowolną ilość):

- a) okularów
- b) aparatu słuchowego
- c) laski
- d) kul
- e) wózka inwalidzkiego
- f) obuwia ortopedycznego
- g) protezy kończyn
- h) inne (jakie?).....

16. Czy potrzebuje Pani/ Pan pomocy drugiej osoby przy wykonywaniu czynności dnia codziennego takich jak (proszę zaznaczyć dowolną ilość):

- a) przygotowanie posiłków
- b) samodzielne jedzenie
- c) utrzymanie higieny osobistej
- d) ubieranie się i rozbieranie
- e) korzystanie z toalety
- f) przemieszczanie się
- g) jestem całkowicie zależna/y od innych osób
- h) nie potrzebuję pomocy

17. Czy jest Pani / Pan zadowolona/y ze swojej kondycji fizycznej w radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego?

- a) nie jestem zadowolony
- b) jestem tylko trochę zadowolony
- c) jestem zadowolony
- d) jestem bardzo zadowolony
- e) nie potrafię określić

18. Czy wykonuje Pani/Pan w ciągu dnia (oprócz normalnej aktywności) dodatkowy wysiłek fizyczny?

- a) nie
- b) tak **Jeśli TAK to jaki (proszę zaznaczyć dowolną ilość):**
 1. spacer
 2. gimnastyka

3. bieg lub marsz z kijkami
4. zorganizowane zajęcia ruchowe, np.: aerobik, fitness itp.
5. pływanie (basen)
6. inne (jakie?).....

19. Jak często w ciągu tygodnia spędza Pani/Pan czas aktywnie:

- a) 1 raz w tygodniu
- b) 2-3 razy w tygodniu
- c) 4-5 razy w tygodniu
- d) więcej niż 5 razy w tygodniu

20. Z jakich form odpoczynku najczęściej Pani/Pan korzysta? (proszę zaznaczyć dowolną ilość)

- a) leżenie i czytanie, rozwiązywanie krzyżówek
- b) prace ręczne (robiecie na drutach, na szydełku, rzeźbienie)
- c) wyjścia do kina gry strategiczne (np. szachy, warcaby itp.)
- d) spacer pływanie
- e) jazda rowerem
- f) nordic walking
- g) inne (jakie?)

21. Czy zauważyła Pani/Pan u siebie zaburzenia w przebiegu procesu myślenia?

- a) trudność koncentracji np. podczas czytania tekstu, śledzenia wątków w rozmowie
- b) zaburzenia umiejętności porozumiewania się z innymi w rozmowie tj. trudności z formułowaniem myśli, wypowiedzianiem się
- c) trudności zapamiętywania codziennych spraw
- d) trudności w planowaniu i rozwiązywaniu codziennych problemów
- e) nie występują

22. Czy jest Pani/Pan zadowolony z przebiegu procesów takich jak: koncentracja, pamięć i myślenie?

- a) nie jestem zadowolony
- b) jestem tylko trochę zadowolony
- c) jestem zadowolony
- d) jestem bardzo zadowolony
- e) nie potrafię określić

23. Czy występują u Pani/Pana poniższe objawy?. (proszę zaznaczyć dowolną ilość)

- a) płaczliwość
- b) drażliwość
- c) „wewnętrzny” niepokój (strach, lęk)
- d) poczucie winy
- e) ciągle zmęczenie
- f) poczucie własnej bezwartościowości
- g) myśli na temat śmierci i/lub samobójcze
- h) nie występują

24. Jaki najczęściej nastrój występuje u Pani/Pana?

- a) umiem cieszyć się życiem i cieszę się z każdej przeżytej chwili
- b) częściej jestem smutny niż zadowolony
- c) jestem raczej zadowolony z życia choć zdarzają się i przykre momenty
- d) prawie zawsze jestem smutny, rzadko zdarza mi się coś miłego

25. Co najczęściej wywołuje u Pani/Pana stres? (proszę zaznaczyć dowolną ilość):

- a) sprawy polityczne
- b) sprawy materialne
- c) sytuacja rodzinna
- d) sprawy zawodowe
- e) sprawy związane z hobby
- f) sprawy zdrowotne
- g) myśli związane z przemijaniem
- g) inne (jakie?)

26. Które trudności z wyrażaniem uczuć zauważył Pani/Pan u siebie teraz a we wcześniejszych okresach życia nie występowały ? (proszę zaznaczyć dowolną ilość)

- a) okazywanie uczuć, np. szczęścia, smutku i złości
- b) okazywanie uczuć innym, np. w stosunku do partnera, rodziny i przyjaciół
- c) kontrolowanie swoich emocji (łatwo się denerwuję, wybucham złością)

27. Czy często ma Pani/Pan poczucie osamotnienia?

- a) tak
- b) nie

28. Czy często czuje się Pani/Pan bezradny?

- a) tak
- b) nie

29. Jak ocenia Pani/Pan swoje samopoczucie psychiczne?

- a) źle
- b) przeciętnie (średnio, tj. ani dobre, ani złe)
- c) dobrze

30. Z których kontaktów międzyludzkich jest Pani/Pan zadowolony? (proszę zaznaczyć dowolną ilość)

- a) kontaktów z dziećmi
- b) relacji ze swoimi przyjaciółmi
- c) kontaktów z żoną, mężem, partnerem
- d) najchętniej przybywam w swoim towarzystwie
- e) kontaktów seksualnych
- f) jestem zadowolony z tego jak inni odnoszą się do mnie
- g) z uczestnictwa w życiu towarzyskim i sposobie spędzania wolnego czasu

31. Które z poniższych uczuć występują u Pani/Pana na wiadomość o konieczności hospitalizacji w oddziale internistycznym?

- a) strach
- b) złość
- c) zależność
- d) smutek i żal
- e) beznadziejność
- f) nie występują
- g) inne (jakie?)

32. Oczekiwania Pani/Pana wobec personelu oddziału dotyczą: (proszę zaznaczyć dowolną ilość)

- a) kompetencji i fachowej pomocy
- b) szybkiego likwidowania uciążliwych objawów
- c) informacji przekazywanej w prosty sposób
- d) zapewnienia poczucia bezpieczeństwa
- e) sprawnego przyjęcia
- f) poważnego traktowania
- g) zapewnienia intymności

33. Pobyt w oddziale daje Pani/Panu:

- a) nadzieję na poprawę zdrowia
- b) lepszą opiekę w chorobie
- c) większe zainteresowanie rodziny moją osobą
- d) poszerza moje informacje o chorobie
- e) poczucie bezpieczeństwa

34. Czy jest Pani/Pan zadowolony z jakości usług personelu oddziału?

- a) nie jestem zadowolony
- b) jestem tylko trochę zadowolony
- c) jestem zadowolony
- d) jestem bardzo zadowolony
- e) nie potrafię określić

35. Czy ma Pani/Pan poczucie, że w razie potrzeby (choroby, kalectwa, starości) społeczeństwo/państwo będzie Pana/ą chronić, udzieli pomocy?

- a) zdecydowanie nie
- b) raczej nie
- c) raczej tak
- d) zdecydowanie tak

36. Który z poniżej wymienionych czynników mógłby wg Pani/Pana w największym stopniu wpłynąć na zapewnienie jak najlepszego stanu zdrowia w późnym wieku.

- a) regularna aktywność fizyczna
- b) właściwa, zbilansowana dieta
- c) spożywanie suplementów (dodatków) diety (np. witamin)
- d) regularne przeprowadzanie badań kontrolnych i odbywanie wizyt lekarskich
- e) radzenie sobie ze stresem

f) udane życie rodzinne (małżeństwo, kontakty z dziećmi i wnukami)

37. Jak ocenia Pani/Pan swoją jakość życia?

a) źle

b) przeciętnie (średnio, tj. ani dobre, ani złe)

c) dobrze

Regulamin publikowania prac

ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS zamieszcza recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły pogładowe z zakresu pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego i zdrowia publicznego. Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w □Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education, wydanych przez New York Academy of Sciences□ Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

Zasady recenzowania prac

Redakcja przyjmuje prace oryginalne oraz pogładowe. Każda praca podlega recenzji przez niezależnego recenzenta. Kolegium redakcyjne kwalifikuje pracę do druku po uzyskaniu pozytywnej recenzji. Autor otrzymuje artykuł do korekty autorskiej. Wydrukowany artykuł staje się własnością Wydawcy, którym jest Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy.

Pozwolenie na druk

Do przygotowanego materiału autor/rzy pracy zobowiązani są do dołączenia oświadczenia, że nie był on wcześniej publikowany ani nie jest złożony w redakcji innego czasopisma. Jeżeli materiał był już wcześniej opublikowany, należy do niego dołączyć pisemną zgodę na ponowne wydanie zarówno od poprzedniego wydawcy, jak i autorów oryginalnej pracy.

Przygotowanie edycyjne maszynopisu

Strona tytułowa. Na stronie tytułowej należy podać: tytuł pracy (polski i angielski), nazwiska i imiona autorów, afiliację i dokładny adres każdego z autorów oraz nazwisko, imię, telefon, faks, adres e-mail autora odpowiedzialnego za korespondencję. Zaleca się ponadto podanie tzw. □krótkiego tytułu□ składającego się z około 45 znaków.

Streszczenie. Do artykułu należy dołączyć streszczenie w języku polskim

i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych musi składać się z następujących wyodrębnionych części: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski. Streszczenie w języku angielskim nie powinno przekraczać 400 słów, a w języku polskim 300. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione w artykule. Streszczenia prac poglądowych powinny zawierać od 150 do 250 słów. Po streszczeniu należy umieścić nie więcej niż 5 słów kluczowych w języku polskim i angielskim, rekomendowanych przez Index Medical Subject Headings MeSH (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Maszynopis. Prace poglądowe nie powinny zawierać więcej niż 6000 słów, oryginalne 5000. Praca oryginalna powinna składać się z następujących części: Wprowadzenie, Materiał i metody, Wyniki, Omówienie, Piśmiennictwo. Artykuły należy pisać na papierze formatu A4 (21 × 30 cm lub 22 × 28 cm) z zachowaniem podwójnej interlinii (dotyczy to również wykazu literatury, podpisów do rycin i tabel). Każdą część pracy należy pisać na oddzielnej stronie. Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką. Odniesienia do literatury, rycin i tabel należy umieszczać zgodnie z kolejnością cytowania w tekście. W tekście nie można stosować żadnych wyróżnień. Wskazane jest, aby podawać międzynarodowe nazwy leków, a nie preparatów fabrycznych. Wyniki badań biochemicznych i innych powinny być podane w jednostkach zgodnych z układem SI. Należy ujawnić wszelką pomoc finansową i materialną.

Piśmiennictwo. Autorzy ponoszą odpowiedzialność za poprawność cytowanej literatury. Cytowanie prac należy ograniczyć tylko do pozycji najnowszych i łączących się bezpośrednio z przedstawionym tekstem. Liczba pozycji cytowanego piśmiennictwa w artykułach poglądowych nie może przekraczać 40, w pracach oryginalnych 30 pozycji. Wykaz i numeracja piśmiennictwa powinny być zgodne z kolejnością cytowania w tekście, tabelach i rycinach. Spis piśmiennictwa musi zawierać: nazwiska i inicjały imion wszystkich autorów, tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (według Index Medicus), rok wydania, numer tomu, numer strony początkowej i końcowej, zgodnie z ustaleniami podanymi w □Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals□ (Am. Intern. Med. 1997, 126, 36□47). Przykłady cytowanego piśmiennictwa:

Artykuł w czasopiśmie: 1. Gianrossi R., Detrano R., Mulvihill D., Lehmann K., Dubach P., Colombo A., Ross A.: Exercise-induced ST depression in the diagnosis of coronary artery disease: a metaanalysis. *Circulation* 1989, 80, 87□98. 2. Duffy M.J.: Tumor Markers □ Which Ones Are Clinically Useful? *Adv. Clin. Exp. Med.* 2003, 12, 555□559. Rozdział z wydań książkowych: Nazwiska i inicjały imion autorów, tytuł cytowanego rozdziału, tytuł książki, nazwiska i inicjały imion redaktorów wydania, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału, np.: Rossati M.L., Smith R., Krovis B.L.K.: Congestive Heart Failure. In: *Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents*. Eds.: Moss A.J., Adams F., Williams & Wilkins, Baltimore 1983, 2nd ed., 169□179.

Książki: Nazwisko i inicjał(y) imienia autorów, tytuł, nazwa i siedziba wydawnictwa, rok wydania, edycja, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego

fragmentu, np.: Roobak A.B.: Textbook of Internal Medicine. Saunders, New York 1887, 24th ed., 123□127.

Ryciny i tabele: Profesjonalnie przygotowane wykresy, rysunki i fotografie w trzech egzemplarzach należy numerować jako ryciny i dołączyć do pracy oddzielnie, poza tekstem, w wersji elektronicznej oraz wydrukowane na papierze. Wszystkie oznaczenia i symbole na rycinach muszą być czytelne. Podpisy do rycin w języku polskim i angielskim należy dołączyć oddzielnie. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi w kolejności, w jakiej ukazują się w tekście. Tabele należy zamieścić na oddzielnych stronach i numerować cyframi arabskimi zgodnie z cytowaniem w tekście. Podpisy do tabel muszą być napisane w języku polskim i angielskim. Wszystkie skróty powinny być wyjaśnione w przypisie.

Nadsyłanie maszynopisów

Oryginał i dwie kopie maszynopisu zawierające wszystkie ilustracje i tabele powinny być nadsyłane pod poniższy adres: Sekretarz Redakcji - Czesław Kowalak ACTA SCHOLAE SUPERIORIS MEDICINAE LEGNICENSIS ul. Powstańców Śląskich 3 59-220 Legnica, Polska tel.: +48 76 854 99 35 e-mail:

Prace przygotowane na nośnikach elektronicznych

Redakcja przyjmuje prace na CD-ROM-ach lub przesłane e-mailem. Teksty należy przekazywać w formacie Word. Materiał ilustracyjny należy przygotować: w formacie TIFF □ dla skanów, CorelDRAW lub Adobe Illustrator dla grafiki wektorowej, Microsoft Excel □ dla wykresów i diagramów. Każdy dysk musi być opisany: nazwisko autora, tytuł pracy, nazwa pliku, program i numer wersji. Tekst i materiał ilustracyjny muszą być w oddzielnych plikach. Tekst na dysku musi być zgodny z wydrukiem.

Korekta autorska

Korektę autorską należy zwrócić do Redakcji w ciągu 7 dni. W przeciwnym wypadku artykuł zostanie wycofany z danego zeszytu. Zmiany w korekcie autorskiej inne niż błędy składu drukarskiego są wprowadzone na odpowiedzialność autora.