



Państwowa Medyczna
Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

Opole Medical School



PULS UCZELNI

KWARTALNIK NAUKOWY

Higher School's Pulse

ISSN 2080-2021 • e-ISSN 2449-9021

Lipiec–wrzesień 2015 • Vol. 9 • No. 3

W numerze m.in.:

Prace oryginalne | Original papers

- Endothelium dependent factors of vasoconstriction (thromboxane B₂) and vasodilation (6-prostaglandin F_{1α}) in children with primary arterial hypertension
- Jakość życia po zastosowaniu masażu leczniczego u osób niepełnosprawnych z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa

Opisy przypadków | Case reports

- Rzadki przypadek całkowitego wypadnięcia narządu rodnego u pacjentki ze współistniejącą kamicą moczową i wynicowaniem odbytnicy – diagnostyka, leczenie operacyjne i problemy pielęgnacyjne

Prace pogładowe | Reviews

- Masaż Shantala – charakterystyka i sposób wykonania

PULS UCZELNI jest indeksowany w:

- Index Copernicus
ICV 2014: 65.78
- Ulrich's™ International
Periodicals Directory
- CEJSH
- EBSCO Publishing
- Polskiej Bibliografii
Naukowej

KOMITET REDAKCYJNY | EDITORIAL STAFF

Redaktor naczelny | Editor-in-Chief: dr hab. Donata Kurpas, prof. nadzw.
Z-ca redaktora naczelnego | Deputy Editor: Andrei Shpakou MD, PhD (Grodno, Belarus)
Z-ca redaktora naczelnego | Deputy Editor: mgr Bożena Ratajczak-Olszewska
Sekretarz naukowy | Scientific co-editor: mgr Marta Gawlik
Sekretarz administracyjny | Administrative co-editor: mgr Natalia Ptak
Członkowie | Members: dr Maksym Zhuk

RADA NAUKOWA | EDITORIAL BOARD

Przewodniczący Rady | Chairman of the Board: dr Tomasz Halski (Opole)
Dr Magdalena Golachowska-Poleszczuk (Opole)
Dr hab. Roman Kurzbauer (Opole)
Dr hab. Bożena Mroczek (Szczecin)
Prof. dr hab. Mieczysław Pokorski (Warszawa)
Prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski (Wrocław)
Dr hab. Jakub Taradaj, prof. nadzw. (Opole)

CZŁONKOWIE ZAGRANICZNI | INTERNATIONAL EDITORIAL BOARD

Dr Jose Manuel Lopez-Abuin (Galicia, Spain)	Prof. Christos Lionis MD, PhD (Crete, Greece)
Doc. Jean Bauwens (Brussel, Belgium)	Prof. Marc Nyssen MD, PhD (Brussel, Belgium)
Prof. dr Dimitri Beeckman (Ghent, Belgium)	Dr Ir. Cees W.J. Oomens (Eindhoven, Netherlands)
Prof. Dzmitry Khvoryk MD, PhD (Grodno, Belarus)	Patricia Owens MD, PhD (Liverpool, Great Britain)
Prof. dr hab. Olga Fedortsiv (Ternopil, Ukraine)	Hogne Sandvik MD, PhD (Bergen, Norway)
Prof. Hans-Joachim Hannich MD, PhD (Greifswald, Germany)	Prof. Aleksander Siwakow MD, PhD (Minsk, Belarus)
Assoc. Prof. Wolfgang Hannover (Greifswald, Germany)	Prof. Jaime Correia de Sousa MD, PhD (Matosinhos, Portugal)
Prof. dr hab. Ludmila Klimackaya (Krasnoyarsk, Rosja)	Loreta Strumylaite MD, PhD (Kaunas, Lithuania)
Prof. Luther C. Kloth (Milwaukee, USA)	Andrei Shpakou MD, PhD (Grodno, Belarus)
Prof. Christina Lindholm (Stockholm, Szwecja)	Assoc. Prof. Ulrich Wiesmann MD, PhD (Greifswald, Germany)

REDAKTORZY JĘZYKOWI | LANGUAGE EDITORS

Joseph Church, Roanoke County, VA, USA
Mgr Małgorzata Kochanowska
Mgr Renata Włostowska

REDAKTOR STATYSTYCZNY | STATISTICAL EDITOR

Dr Dominik M. Marciniak (Wrocław)

REDAKTORZY TEMATYCZNI | THEMATICALLY EDITORS

Choroby wewnętrzne | Internal Medicine: dr Tomasz Porażko
Fizjoterapia | Physiotherapy: dr Waldemar Andrzejewski
Historia medycyny | History of Medicine: dr hab. Janusz Kubicki
Kosmetologia | Cosmetology: dr Iwona Dzieńdziora
Pielęgniarstwo | Nursing: mgr Marta Gawlik
Położnictwo | Obstetrics: dr Wojciech Guzikowski
Zdrowie Publiczne | Public Health: dr Jerzy Jakubiszyn

PULS UCZELNIKwartalnik Naukowy
Lipiec–wrzesień 2015, Vol. 9, No. 3

ISSN 2080-2021 • e-ISSN 2449-9021

Wydawca:Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła
Zawodowa w Opolu**Źródła finansowania:**

działalność statutowa PMWSZ w Opolu

REDAKCJA | EDITORIAL OFFICE:ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
Tel. 77 442 35 28, faks 77 442 35 25
E-mail: redakcja@wsm.opole.pl**Nakład:** 200 egz.**Kontakt:**Z-ca redaktora naczelnego –
Bożena Ratajczak-Olszewska
Tel. (+48) 77 442 35 28
E-mail: ratajczakb@wsm.opole.pl

Sekretarz administracyjny –

Natalia Ptak
Tel. (+48) 77 442 35 11
E-mail: ptakn@wsm.opole.plRedakcja zastrzega sobie prawo do skraca-
nia i opracowywania redakcyjnego nadesta-
nych tekstów.

Numer zamknięto: 30.09.2015

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żaden fragment
tego wydania, ani w całości, ani w części, nie
może być powielany lub zapisywany w formie
odtwarzalnej bez uzyskania wcześniejszej
pisemnej zgody Wydawcy. Wydawca nie
odpowiada za treść zamieszczanych reklam
i ogłoszeń.**Cena 1 egzemplarza:** 12 PLNInformacje pod adresem e-mail:
redakcja@wsm.opole.pl

Wydawca nie prowadzi subskrypcji.

Czasopismo ukazuje się
w wersji pierwotnej drukowanej
oraz w wersji elektronicznej na stronie:
www.higherschoolspulse.com**Opracowanie graficzne, skład i druk:**Studio IMPRESO Przemysław Biliczak
45-360 Opole, ul. Plebiscytowa 82
E-mail: wydawnictwo@impreso.pl
Tel. 77 550 70 50, 605 23 35 35**SPIS TREŚCI**

Table of Contents

Prace oryginalne | Original papers

- Yuriy V. Marushko, Tatiana V. Hyschak
Endothelium dependent factors of vasoconstriction
(thromboxane B₂) and vasodilation (6-prostaglandin
F_{1a}) in children with primary arterial hypertension 3
- Elżbieta Prymaka, Andrei Shpakou
Jakość życia po zastosowaniu masażu leczniczego
u osób niepełnosprawnych z dolegliwościami
bólami dolnego odcinka kręgosłupa 7
- Lucyna Sochocka, Natalia Ciećka
Zdrowy styl życia w rozumieniu studentów uczelni
o profilu medycznym 13
- Sabina Czapla, Joanna Śliwińska,
Teresa Niechwiadowicz-Czapka
Wiedza studentów Państwowej Medycznej
Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotycząca
honorowego krwiodawstwa i leczenia krwią –
analiza badań własnych 18
- Patrycja Buł, Donata Kurpas
Profilaktyka nowotworów piersi i szyjki macicy
u kobiet 23

Opisy przypadków | Case reports

- Dorota Nowak
Rzadki przypadek całkowitego wypadnięcia
narządu rodowego u pacjentki ze współistniejącą
kamicą moczową i wyciszeniem odbytnicy –
diagnostyka, leczenie operacyjne i problemy
pielęgnacyjne 26

Prace poglądowe | Reviews

- Iwona Wilk
Masaż Shantala – charakterystyka i sposób
wykonania 31
- Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku
PULS UCZELNI 37
- The instruction for the authors submitting papers
to the quarterly HIGHER SCHOOL'S PULSE 39



dr hab. n. med. Donata Kurpas, prof. nadzw.
Redaktor naczelny



dr n. med. Andrei Shpakou
Z-ca redaktora naczelnego



mgr Bożena Ratajczak-Olszewska
Z-ca redaktora naczelnego

Szanowni Państwo, Pracownicy, Absolwenci i Studenci Szkół Wyższych

Wydanie zeszytu trzeciego naszego kwartalnika naukowego tradycyjnie już ma miejsce w przededniu inauguracji nowego roku akademickiego. Dla Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu rok akademicki 2015/2016 jest przełomowy: otwiera go inauguracja studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, to również pierwszy rok egzaminów magisterskich na kierunku fizjoterapia. Nowy rok akademicki to również początek wielu zmian w *Pulsie Uczelni*: nowa strona internetowa naszego czasopiisma naukowego, panel wydawniczy *Pulsu Uczelni* dostępny online oraz numery DOI na pierwszej stronie każdego artykułu. Kontynuujemy więc nie tylko politykę digitalizacji naszego kwartalnika, ale również – Open Access. Dziękujemy za wsparcie na tej trudnej drodze Państwu – naszym Autorom i Czytelnikom, Recenzentom, Członkom Rady Naukowej, Redaktorom tematycznym i Zespołowi redakcyjnemu, a przede wszystkim JM Rektorowi, Prorektorom oraz Senatowi PMWSZ w Opolu.

Na kolejnych stronach zapraszamy do zapoznania się z wynikami badań określającymi znaczenie czynników śródobronkowych odpowiedzialnych za napięcie naczyń u dzieci z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym oraz jakość życia po zastosowaniu masażu leczniczego u osób niepełnosprawnych z dolegliwościami

bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa. Z pewnością zainteresują Państwa również wyniki badań pracowników i absolwentów PMWSZ w Opolu przedstawiające: percepcję zdrowego stylu życia przez studentów uczelni o profilu medycznym, wiedzę studentów PMWSZ w Opolu dotyczącą honorowego krwiodawstwa oraz znajomość zasad profilaktyki nowotworów piersi i szyjki macicy u kobiet. Zachęcamy także do zapoznania się z opisem przypadku całkowitego wypadnięcia narządu rodowego u pacjentki ze współistniejącą kamicą moczową i wynicowaniem odbytnicy. Zeszyt zamyka charakterystyka i instruktaż wykonania masażu Shantala.

Gorąco zapraszamy Państwa do przesyłania wyników projektów badawczych realizowanych w ramach SKN szkół wyższych oraz podczas przygotowywania prac dyplomowych. Dzięki Państwa – Autorów zaangażowaniu, mamy ogromne szanse na uzyskanie punktacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego za artykuły publikowane w naszym kwartalniku, co potwierdza także wysoka ocena Index Copernicus za rok 2014 (65.78).

Naszą misją jest stworzenie platformy wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmetologii i zdrowia publicznego. Zapraszamy do dalszej współpracy!

ENDOTHELIUM DEPENDENT FACTORS OF VASOCONSTRICTION (THROMBOXANE B₂) AND VASODILATION (6-PROSTAGLANDIN F1 α) IN CHILDREN WITH PRIMARY ARTERIAL HYPERTENSION

Czynniki śródbłonna i skurcz naczyń (tromboksan B₂)
i rozszerzenie naczyń (6-prostaglandyna F1 α)
u dzieci z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym

YURIY V. MARUSHKO^{A-F}

Bogomolets National Medical University Kiev

TATIANA V. HYSCHAK^{A-F}

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

SUMMARY

Background: Vasoconstriction and vasodilatation substance imbalance plays a major role in the formation of arterial hypertension. But the ratio between thromboxane B₂ and 6-prostaglandin F1 α in children with various forms of primary arterial hypertension (PAH) has been insufficiently studied.

Aim of the study: The aim of the study is to explore the features of the content of thromboxane B₂, 6-keto-PGF-1 α and their correlation in children with different clinical and pathogenetic forms of PAH.

Material and methods: The study involved 83 children aged 9 to 17. The first group included 32 children with stable PAH, the second – 32 children with labile PAH, the third (control group) – 21 children with normal blood pressure. TXB₂ and 6-PGF1 α serum levels were investigated by ELISA. All the children also underwent ambulatory blood pressure monitoring (ABPM).

Keywords: primary arterial hypertension, children, thromboxane B₂, 6-prostaglandin F1 α

Results: The average TXB₂ levels in boys were 25.05 \pm 6.43 ng/ml in the group with stable PAH and 27.26 \pm 11.26 ng/ml in labile PAH examinees, which exceeded the levels in the control group ($p < 0.05$). The girls' TXB₂ level was elevated in labile PAH respondents (to 11.06 \pm 1.79 ng/ml, $p < 0.05$) and did not differ from the control group with stable PAH. The girls' 6-PGF1 α level was up to 3.41 \pm 0.52 ng/ml in the stable group of PAH and up to 2.63 \pm 0.25 ng/ml in the group with labile PAH.

Conclusions: The violation of the ratio between endothelial vasoconstriction (thromboxane) and vasodilatation (prostacyclin) factors in boys with PAH is due to increased TXB₂ levels compared to children with normal blood pressure ($p < 0.05$). Girls with PAH reflect better compensatory vasodilatation opportunities compared to boys according to the increased prostacyclin production. The latter prevents the progression of endothelial dysfunction and ensures PAH stabilization in girls.



STRESZCZENIE

Wstęp: Brak równowagi pomiędzy zwężającym się naczyniem a działaniem substancji rozszerzających naczynia odgrywa ważną rolę w powstawaniu nadciśnienia. Zależności pomiędzy tromboksanem B₂ i 6-prostaglandyną F_{1α} u dzieci z różnymi postaciami pierwotnego nadciśnienia tętniczego (PNT) nie są wystarczająco dobrze znane.

Cel pracy: Zbadanie zawartości i relacji pomiędzy tromboksanem B₂ i 6-prostaglandyną F_{1α} u dzieci z różnymi klinicznymi i patogenetycznymi postaciami nadciśnienia tętniczego pierwotnego.

Materiał i metody: W badaniu wzięto udział 83 dzieci w wieku od 9 do 17 lat. Pierwsza grupa to 32 dzieci ze stabilnym nadciśnieniem, druga – 32 dzieci z labilnym PNT, trzecia (grupa kontrolna) – 21 dzieci z prawidłowym ciśnieniem. Zawartość TXB₂ i poziom 6-PG F_{1α} w osoczu badano metodą ELISA. U wszystkich dzieci ambulatoryjnie było monitorowane ciśnienie tętnicze (AMCT).

Słowa kluczowe: nadciśnienie pierwotne, dzieci, tromboksan B₂, 6-prostaglandyna F_{1α}

Wyniki: U chłopców w grupie ze stałym PNT poziom TXB₂ wyniósł 25,05 ± 6,43 ng/ml, w grupie z labilnym PNT – 27,26 ± 11,26 ng/ml – było to przekroczenie w porównaniu z grupą kontrolną ($p < 0,05$). Poziom TXB₂ wśród dziewcząt w grupie z labilnym PNT był podwyższony (do 11,06 ± 1,79 ng/ml) i nie różnił się od tego w grupie kontrolnej i grupie dzieci ze stabilnym PNT. Poziom 6-PGF_{1α} u dziewcząt wzrastał do 3,41 ± 0,52 ng/ml w grupie ze stabilnym PNT i wyniósł 2,63 ± 0,25 ng/ml w grupie z labilnym PNT.

Wnioski: Naruszenie stosunku śródbłonkowych czynników skurczu naczyń (tromboksanu) i rozszerzenia naczyń (prostacykliny) u chłopców z PNT związane jest ze zwiększonym poziomem TXB₂ w porównaniu z dziećmi z normalnym ciśnieniem krwi ($p < 0,05$). Dziewczęta z PNT mają większe szanse na rozszerzenie naczyń krwionośnych w porównaniu z chłopcami w związku z wyższym poziomem prostacykliny. Zapobiega to progresji dysfunkcji śródbłonka oraz stabilizuje PNT u dziewcząt.

(*PU-HSP* 2015; 9, 3: 3–6)

Background

The imbalance between the vasoconstriction and vasodilatation substances plays a significant role in the formation of the arterial hypertension [1–5], including the importance of the imbalance value of such endothelial vasoactive factors as thromboxane and prostacyclin [6]. Thromboxane and prostacyclin are the products of arachidonic acid cascade, in which, according to the enzymes' activity that catalyze different parts of the cascade, thromboxane or prostacyclin is formed. The balance between these two substances promotes homeostatic regulation of normal blood pressure (BP) [7]. Prostacyclin activates adenylate cyclase, resulting in the increase of cyclic AMP, which causes the relaxation of blood vessels and reverts platelet activation [8]. The action mechanism of thromboxane is associated with the increased membrane permeability for Ca²⁺ ions, which makes its vasoconstriction effect [9]. In some cases (acute or chronic hypoxia and other stressful situations) the balance between vasoconstriction and vasodilatation factors is disturbed. In this case the vasoconstriction may occur by reducing the vasodilatation factors' production or due to the enhanced synthesis of the substances that have vasoconstriction properties. In clinical practice it is accepted to determine the quantity of inactive metabolites of thromboxane (thromboxane B₂) and prostacyclin (6-keto-PGF_{1α}) in plasma. As the final physiological effect of prostacyclin and thromboxane mostly depends on the relative predominance of one or another and not on their absolute content in plasma, most studies include a calculation of their values' ratio. It was found that adult patients with arterial hypertension have noted the increased thromboxane B₂ (TXB₂) concentration and decreased 6-keto-PGF_{1α} (6-PGF_{1α}) level in plasma compared to non-hypertensive patients [10–12]. It was also determined that high levels of prostacyclin in adults have a protective effect against the hypertension development. The patients with hypertension reflect a reduced protective effect [13]. The studies so far have found a negative correlation between 6-PGF_{1α} plasma levels and systolic, diastolic and mean blood pressure [12] and also that

prostacyclin level (extent of its reduction) determines the severity of hypertension [7]. Despite the considerable number of studies conducted in adult patients with hypertension, the features of prostacyclin and thromboxane ratio in children with primary arterial hypertension (PAH) and their pathogenetic role in the formation of hypertension have not been thoroughly studied. The PAH in children has the features associated with abrupt changes in adaptation processes during puberty that should be considered in assessing homeostasis indicators, including endothelial factors of vasoconstriction and vasodilatation contents.

Aim of the study

The aim of the study was to explore the features of the content of thromboxane B₂, 6-keto-PGF_{1α} and their correlation in children with different clinical and pathogenetic forms of primary hypertension.

Material and methods

The study involved 83 children aged 9 to 17. Depending on the clinical and pathogenic forms of PAH, the children were divided into three groups. The first group included 32 children with stable PAH, the second – 32 children with labile PAH, the third (control group) – 21 children with normal BP. Stable hypertension was determined as steady increased systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP) (3 or more visits to a doctor with an interval of 10–14 days) above the 95-th percentile and the time index of hypertension within 51–100% according to the results of ambulatory blood pressure monitoring (ABPM).

Labile hypertension was determined as the unstable climbs of SBP, mostly observed in the daytime. According to the ABPM results, the time index of hypertension was within 25–50%. ABPM was carried out using the apparatus «ABM- 04» («Meditech», Hungary), which was activated by a standard protocol every 15 minutes during a day (6 a.m.–10 p.m.) and every 30 minutes at night (10 p.m.– 6 a.m.). The indices determined dur-

ing the study included: the mean ambulatory SBP and DBP during the 24-hour period, BP load and BP dipping. The levels of TXB₂ and 6-PGF1α in serum were investigated by ELISA (reagents company «ENZO LIFE SCIENCES», Germany).

Results

Table 1 shows the distribution of surveyed children by age, sex and ABPM results.

According to the data in Table 2, children with PAH noted higher levels of TXB₂ compared to the children of the control group. The average 6-PGF1α values did not differ significantly between the main groups and the control group. The distribution by sex showed higher TXB₂ levels in the boys with hypertension compared to the girls (Table 3). The TXB₂ level in the girls with stable PAH did not differ from that of the control group whereas the boys' TXB₂ level exceeded the control group levels by almost 6 times. 6-PGF1α levels in the girls grew with hypertension stabilization (Table 3) while in the boys it did not change. Accordingly, the ratio of TXB₂/6-PGF1α in the boys with a stable and labile hypertension significantly exceeded the data in the control group. The girls, on the contrary, were characterized

by a downward trend compared to the control group because of higher levels of 6-PHF1α. Thus, a significant difference in the ratio of endothelial vasodilation and vasoconstriction factors based on gender was found in children. There is no adequate compensatory increase of 6-PGF1α in boys with the stabilization of hypertension and increased TXB₂ levels, which leads to higher blood pressure in boys and more frequent occurrence of hypertension stabilization.

Discussion

Endothelial vasoconstriction factors in girls are less involved in the pathogenesis of hypertension and the increased blood pressure is accompanied by the increased levels of vasodilation factors (prostacyclin in this case) which prevents the progression of the endothelial dysfunction. We identified similar patterns with those obtained in adult women. It was found that thromboxane levels significantly increased in conditions with hypoestrogenemia and that estrogens have a significant protective role in reducing thromboxane and normalization of the prostacyclin/thromboxane value in women with normal blood pressure and hypertensive [14,15]. Thus, the studies confirm the role of the

Table 1. General characteristics surveyed children and ABPM results

Groups	Gender, number	Age, years	SBP, mm Hg	DBP, mm Hg	SBP load, %	DBP load, %	SBP dipping, %	DBP dipping, %
1. Stable PAH	Boys, n = 21	14.67 ±0.34	143.55 ±1.44***	75.45 ±1.60***	79.80 ±3.0***	31.39 ±5.20***	2.27 ±1.24**	7.39 ±1.96**
	Girls, n = 11	14.45 ±0.74	134.27 ±1.34#***	73.64 ±1.45***	74.88 ±4.22***	33.31 ±5.63***	6.14 ±1.63	14.39 ±1.84
2. Labile PAH	Boys, n = 10	12.6 ±0.56	126.6 ±1.74***	69.1 ±1.88***	36.40 ±3.27***	17.38 ±3.48***	3.28 ±2.88***	8.2 ±3.09
	Girls, n = 22	13.52 ±0.49	120.49 ±0.93#***	66.0 ±0.88***	29.21 ±1.82***	10.58 ±1.55	4.41 ±1.20***	11.36 ±1.95
3. The control group	Boys, n = 11	12.36 ±0.75	105.37 ±2.33	62.19 ±1.09	4.60 ±1.39	2.54 ±1.14	9.80 ±0.84	16.48 ±2.85
	Girls, n = 10	14.22 ±0.63	105.40 ±3.40	59.40 ±2.61	5.09 ±1.76	5.98 ±2.61	9.86 ±1.05	15.33 ±3.11

Note: * p < 0.05 between first and second groups; ** p < 0.05 between first and control groups; *** p < 0.05 between second and control groups; # < 0.05 between boys and girls in groups.

Table 2. TXB₂ and 6-PGF1α in serum of children with various forms of PAH

Groups	TXB ₂ , ng/ml	6-PGF1α, ng/ml
1. Stable PAH, n = 32	18.56 ±4.53*	2.58 ±0.25
2. Labile PAH, n = 32	16.95 ±4.07**	2.69 ±0.22
3. The control group, n = 21	4.42 ±0.62	2.20 ±0.20

Note: * p < 0.05 between first and control groups; ** p < 0.05 between second and control groups.

Table 3. TXB₂, 6-PGF1α and their correlation in serum in children with different forms of PAH depending on gender

Groups	Gender, number	TXB ₂ , ng/ml	6-PGF1α, ng/ml	TXB ₂ /6-PGF1α
1. Stable PAH	Boys, n = 21	25.05 ±6.43*	2.17 ±0.23	12.90 ±3.60*
	Girls, n = 11	5.57 ±0.98#	3.41 ±0.52*:#	1.70 ±0.32#
2. Labile PAH	Boys, n = 10	27.26 ±11.26**	2.79 ±0.45	14.11 ±5.45**
	Girls, n = 22	11.06 ±1.79**	2.63 ±0.25**	4.31 ±0.55
3. The control group	Boys, n = 11	4.10 ±0.64	2.52 ±0.36	1.66 ±0.29
	Girls, n = 10	4.69 ±1.11	1.92 ±0.17	2.90 ±0.82

Note: * p < 0.05 between first and control groups; ** p < 0.05 between second and control groups; # < 0.05 between boys and girls in groups.



imbalance between endothelial vasodilatation and vasoconstriction factors in the stabilization of arterial hypertension in children, mainly, due to the increased thromboxane levels. These changes are more visible in boys. The data is promising for finding the therapeutic agents that can effectively influence the balance between thromboxane and prostacyclin and contribute to more successful treatment outcomes in children with PAH.

Conclusions

Violation of the ratio between endothelial vasoconstriction (thromboxane) and vasodilatation (prostacyclin) factors in boys with PAH is due to increase of

TXB₂ level compared with children with normal blood pressure ($p < 0.05$).

Girls with PAH have better compensatory vasodilation opportunities compared with boys according to increased prostacyclin production. That prevents the progression of endothelial dysfunction and allows PAH stabilization in girls.

The source of funding

The research was funded by the authors.

The conflict of interests

The authors do not report any conflicts of interests.

Literature

1. Deanfield JT, Halcox JP, Rabelink TJ. Endothelial function and dysfunction testing and clinical relevance. *Circulation* 2007; 15: 1285–1295.
2. Feletou M, Vanhoutte PM. Endothelial dysfunction: a multifaceted disorder. *Am J Physiol* 2006; 21: 377–385.
3. Gkaliagkousi E, Douma S, Zamboulis C, Ferro A. Nitric oxide dysfunction in vascular endothelium and platelets: role in essential hypertension. *J Hypertens* 2009; 27: 2310–2320.
4. Schmieder RE. Endothelial dysfunction: how can one intervene at the beginning of the cardiovascular continuum? *J Hypertens* 2006; 24(2): 31–35.
5. Versari, D, Daghini E, Virdis A, Ghiadoni A, Taddei S. Endothelium-dependent contractions and endothelium dysfunction in human hypertension. *Br J Pharmacol* 2009; 157: 527–536.
6. Gerrard JM. Measurements of 6-keto-prostaglandin F₁ alpha and thromboxane B₂ in bleeding time blood: relation to bleeding and vascular disorders? *Can J Physiol Pharmacol* 1989; 7(8): 922–928.
7. Minuz P, Barrow SE, Cockcroft JR., Ritter JM. Prostacyclin and thromboxane biosynthesis in mild essential hypertension. *Hypertension* 1990; 15(5): 469–474.
8. Bai V, Sun L, Vang S. Increase in fastingvascular endothelial function after short-term oral L-arginine is ineffective when baseline flowmediated dilation is low: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(1): 77–84.
9. Lupynskaia ZA, Zaryfian AG, Hurovych TTS, Shleifer SG. *Endotelyi. Funktsiya i disfunktsiya*. Bishkek: KRSU; 2008.
10. Doroszko A, Andrzejak R, Szuba A. Role of the nitric oxide metabolic pathway and prostanoids in the pathogenesis of endothelial dysfunction and essential hypertension in young men. *Hypertens Res* 2011; 34: 79–86.
11. Somova LI, Mufunda JJ. Renin-angiotensin-aldosterone system and thromboxane A₂/prostacyclin in normotensive and hypertensive black Zimbabweans. *Ethn Dis* 1992; 2(1): 27–34.
12. Uehara Y, Ishii M, Ikeda T, Atarashi K, Takeda T, Murao S. Plasma levels of 6-keto-prostaglandin F₁ alpha in normotensive subjects and patients with essential hypertension. *Prostaglandins Leukot Med* 1993; 10(4): 455–464.
13. Chen LS, Ito T, Ogawa K, Shikano M, Satake T. Plasma concentrations of 6-keto-prostaglandin F₁ alpha, thromboxane B₂ and platelet aggregation in patients with essential hypertension. *Jpn Heart J* 1984; 25(6): 1001–1009.
14. Balteskard L, Brox JH, Osterud B. Thromboxane production in the blood of women increases after menopause whereas tumor necrosis factor is reduced in women compared with men. *Atherosclerosis* 1993; 102: 91–98.
15. Persico N, Mancini F, Artini PG, De Iaco P, Volpe A, De Aloysio D, et al. HRT and Doppler findings in normotensive and hypertensive postmenopausal patients. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26: 546–551.

Adres do korespondencji:

Yuriy Marushko, O. Bogomolets MD, Professor
National Medical University, Head of the Pediatrics Department №3
53 blvd Vernadsky
Kiev 03142
Tel. (+380) 444 240 533

Tatiana Hyschak
PhD Assistant Professor of the Pediatrics Department №3
O. Bogomolets National Medical University
53 blvd Vernadsky
Kiev 03142
Tel. (+380) 444 240 533
E-mail: Tgischak@i.ua

Received: 26.07.2015

Reviewed: 02.08.2015

Accepted: 03.08.2015

JAKOŚĆ ŻYCIA PO ZASTOSOWANIU MASAŻU LECZNICZEGO U OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z DOLEGLIWOŚCIAMI BÓLOWYMI DOLNEGO ODCINKA KRĘGOSŁUPA

Quality of life of the disabled with the pain in the lower
back after the application of the therapeutic massage

ELŻBIETA PRYMAKA^{1 A-F}
ANDREI SHPAKOU^{1,2 A, C, D-F}

1 Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku
2 Państwowy Uniwersytet im Janki Kupały w Grodnie

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Każda dysfunkcja, dolegliwość czy długotrwały ból przy chorobach dolnego odcinka kręgosłupa prowadzą do obniżenia jakości życia. Zatem każde działanie lecznicze, w tym masaż, którego skutkiem jest obniżenie bólu i poprawa sprawności psychofizycznej, ma niebagatelny wpływ na poprawę jakości życia pacjenta.

Cel pracy: Ocena jakości życia po zastosowaniu autorskiego programu masażu leczniczego u osób niepełnosprawnych z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Materiał i metody: Zabiegom zostało poddanych 30 osób (17 mężczyzn i 13 kobiet) w wieku 25–66 lat, czynnych zawodowo, z Zakładu Pracy Chronionej „Agema Serwis”. Posiadali oni orzeczenia o stopniu niepełnosprawności umiarkowanym lub znacznym. Ocena jakości życia była przeprowadzona na podstawie ankiety przy użyciu wskaźników jakościowych przed i po zastosowaniu programu rehabilitacyjnego w klasycznych aspektach: a) samopoczucie i subiektywne odczuwanie bólu; b) samoobsługa i codzienne funkcjonowanie w środowisku domowym; c) funkcjonowanie w pracy i wykonywanie czynności zawodowych; d) życie towarzyskie i społeczne.

Wyniki: Przeprowadzone badania ankietowe potwierdziły, że w odczuciu respondentów uległa poprawie jakość życia we wszystkich badanych aspektach. Po terapii 43,3% osób oceniło, że czuje się dobrze, a 26,8% – bardzo dobrze. Złe czuły się

Słowa kluczowe: jakość życia, masaż leczniczy, osoby niepełnosprawne, ból, kręgosłup

tylko cztery osoby. U większości badanych nastąpiła poprawa w samoobsłudze i wykonywaniu czynności życia codziennego w środowisku domowym i w pracy zawodowej. Jedna czwarta badanych osób nie odczuwała bólu w trakcie długotrwałego siedzenia w pracy, ból przeszkadzał nieznacznie 16 osobom (53,3%), zaś średnio lub często – 6 (20%). Poprawę jakości snu odnotowało 22 pacjentów (73,3%). Niestety, tylko wśród niewielkiej części respondentów nastąpił wzrost aktywności społecznej i towarzyskiej. Tylko u 7 badanych (23,4%) nastąpiła znaczna poprawa, co oznaczało, że z powodu bólu nie ograniczały one aktywności fizycznej, społecznej i sportów towarzyskich.

Wnioski: Program zabiegów masażu leczniczego stanowi cenną i efektywną terapię psychofizyczną, dzięki której można w stosunkowo krótkim czasie uzyskać pozytywny wynik, polegający na złagodzeniu objawów zespołu bólowego kręgosłupa oraz często towarzyszącego mu obniżenia nastroju u osób niepełnosprawnych, zatrudnionych w zakładzie pracy chronionej. Potwierdzono, jak ważna jest rehabilitacja medyczna osób niepełnosprawnych stosowana w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz jaki ma wpływ na rehabilitację zawodową i społeczną. Zmniejszenie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa nie wpłynęło, niestety, na podjęcie przez pacjentów szerszych działań w zakresie aktywności fizycznej.



SUMMARY

Background: Every dysfunction, ailment or prolonged pain affecting lower parts of the spine leads to the decline of the quality of life. Thus, any therapeutic procedure, including the massage, which results in the reduction of the pain and the increase of medical fitness has a substantial impact on its improvement.

Aim of the study: The aim of the study was to assess the quality of life after the application of a proprietary therapeutic massage program in the disabled with the pain in the lower back.

Material and methods: The research was carried out in 30 people (17 men and 13 women) aged 25–66 being on the staff of 'Agema Service' – a sheltered workshop. They were certified as moderately or severely disabled. The assessment of the quality of their life was performed upon the survey using qualitative indicators before and after the application of the rehabilitation program in aspects such as a) well-being and subjective pain sensation; b) self-service and daily functioning in home environment; c) functioning at work and performing professional activities; d) social life.

Results: The survey confirmed that respondents feel the improved quality of their life in all the aspects examined in the survey. After the treatment, 43.3% of people stated that

Keywords: quality of life, therapeutic massage, people with disabilities, pain, spine

they felt good and 26.8% felt very well. Only 4 patients felt badly. The majority of the respondents noticed the improvement in their daily activities at home and work. One quarter of them had no pain during prolonged sitting hours at work. The pain slightly disturbed 16 persons (53.3%), while 6 of them confirmed it appeared sometimes or often (20%). 22 patients (73.3%) reported a significant improvement in the quality of their sleep. Unfortunately, only a small group of the respondents increased their social activity. Only 7 patients (23.4%) noted that their social life improved considerably, which meant that the pain did not influence their physical activity and social gatherings were more welcome.

Conclusions: The program of the therapeutic massage treatments is a valuable and effective psychophysical technique. It helps in a relatively short period of time achieve a relief of symptoms of the spinal pain which most often affect people's mood, especially in the disabled living in a sheltered workshop. It confirmed the importance of medical rehabilitation of persons with disabilities to reduce their pain and the impact it has on vocational and social rehabilitation. Despite the reduction of pain in the lower back, unfortunately, it does not motivate much to increase physical activity.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 7–12)

Wstęp

Każdy człowiek, myśląc o jakości swojego życia, chce, aby była ona jak najlepsza. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji jakości życia, co w konsekwencji stwarza możliwość wieloaspektowego ujęcia problemu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) (Kopenhaga, 1993 r.) definiuje jakość życia jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostki ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemie wartości, w którym żyją, oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi [1]. Definicja S. Saxena i J. Orley (1997) określa jakość życia jako szerokie pojęcie, na które ma wpływ zarówno zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, jak też relacje z innymi ważnymi cechami środowiska danej osoby [2–4]. Każda dysfunkcja, dolegliwość czy długotrwały ból prowadzą do obniżenia jakości życia. Choroby dolnego odcinka kręgosłupa często utrudniają lub wręcz uniemożliwiają normalne funkcjonowanie człowieka podczas wykonywania podstawowych czynności, w trakcie pracy, w życiu rodzinnym i towarzyskim. Zatem każde działanie lecznicze, w tym masaż, którego skutkiem jest obniżenie bólu i poprawa sprawności, ma niebagatelny wpływ na poprawę jakości życia danego człowieka [5–7].

Cel badań

Ocena jakości życia po zastosowaniu autorskiego programu masażu leczniczego u osób niepełnosprawnych z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa.

Materiał i metody

Badania, po uzyskaniu zgody władz Uczelni i komisji bioetycznej, przeprowadzono na przełomie 2014

i 2015 roku. Zabiegom poddano 30 osób: 17 mężczyzn (56,7%) i 13 kobiet (43,3%) z Zakładu Pracy Chronionej „Agema Serwis” (oddział w Białymstoku). Posiadali oni orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oznaczone symbolami: O2-P (choroby psychiczne), O3-L (choroby głosu, mowy i choroby słuchu), O4-O (choroby narządu wzroku), 10-N (choroby neurologiczne). Umiarkowany stopień miało 25 osób, co stanowiło 83,3% wszystkich badanych; 11 kobiet i 14 mężczyzn. Znacznym stopniem niepełnosprawności legitymowało się 5 osób (16,6%): 2 kobiety i 3 mężczyzn. Wszyscy byli czynni zawodowo, zatrudnieni w charakterze ochrony przedsiębiorstw, do sprzątnięcia lub jako pracownicy biurowi. Nie przebywali w tym czasie na zwolnieniu lekarskim. Osoby zakwalifikowane do badań były wcześniej przebadane przez lekarza specjalistę w zakresie medycyny rodzinnej, ortopedę, neurologa i miały zlecenia na wykonanie 10 zabiegów masażu z powodu bólu dolnego odcinka kręgosłupa. Każdy zabieg trwał po 30 minut, 5 dni w tygodniu i obejmował masaż grzbietu oraz karku w leżeniu przodem lub na boku. Podczas pierwszego zabiegu dominował masaż klasyczny (głaskanie, rozcieranie, ugniatanie podłużne, poprzeczne, wibracja) oraz chwyt diagnostyczny i leczniczy z masażu segmentarnego (głaskania powierzchowne i głębokie, rozcierania koliste, rolowanie, chwyt przyśróbowańa prawo- i lewostronnego, chwyt na wyrostki kolczyste, chwyt pitowania i posuwu, chwyt ciągnięcia, chwyt okołotopatkowy oraz opracowujący mięsień nad- i podgrzebieniowy oraz dolny kąt łopatki). W kolejnych dniach do siódmego zabiegu podjęto opracowywanie napięcia tkankowego. Następne trzy zabiegi miały na celu likwidację pozostałych, nieznacznych już dolegliwości. Pacjenci poddani terapii w tym czasie nie korzystali z innych rodzajów zabiegów.

Narzędziem badawczym zastosowanym do oceny jakości życia była ankieta własna. Zawarte w niej pytania zostały sformułowane na podstawie wieloletniego

doświadczenia zgromadzonego podczas wykonywania zawodu masażysty i pytań ze standardowych kwestionariuszy: SF-36 (Short Form 36), Oceny Jakości Życia Światowej Organizacji Zdrowia WHOQOL – BREF (The World Health Organization Quality of Life) [7–10]. Ocena jakości życia była przeprowadzona w klasycznych aspektach: a) samopoczucie i subiektywne odczuwanie bólu; b) samoobstuga i codzienne funkcjonowanie w środowisku domowym; c) funkcjonowanie w pracy i wykonywanie czynności zawodowych; d) życie towarzyskie i społeczne. Użyte zostały wskaźniki jakościowe, w których pogorszenie o 1 punkt oznacza zmianę odnotowaną przez pacjenta, np. z „dobrze” na „umiarkowanie”, zaś poprawa o 1 punkt – np. z „umiarkowanie” na „dobrze”. Poprawa o 2 punkty to zmiana np. ze „źle” na „dobrze”, a o 3 punkty – ze „źle” na „bardzo dobrze”.

Wyniki

Badaną grupę stanowiło 13 pacjentów w wieku 56–66 lat (43,3%), w wieku 25–45 było 10 osób (33,4%), w przedziale wiekowym 46–55 lat – 7 pacjentów

(23,3%). Na pytania dotyczące samopoczucia żaden z badanych nie odpowiedział na początku terapii, że czuje się bardzo dobrze. Przeważały odpowiedzi „umiarkowanie” i „źle” – po 13 osób (43,3%) oraz „bardzo źle” – 3 osoby (10,1%). Po terapii natomiast 13 osób (43,3%) określiło, że czuje się dobrze, 8 osób (26,75%), że bardzo dobrze. Nie było żadnej osoby z bardzo złym samopoczuciem. Natomiast źle czuły się 4 osoby (13,35%).

Tabela 1 wskazuje, jak pacjenci ocenili zmiany *in plus* lub *in minus* odnośnie do swojego obecnego samopoczucia po zastosowaniu zabiegu rehabilitacyjnego złożonego z 10 masażu. U 4 pacjentów (13,3%) ogólne samopoczucie wzrosło znacznie (na początku była odpowiedź „źle”, a po zabiegach – „bardzo dobrze”, czyli zmiana o 3 punkty). U 4 osób (13,3%) samopoczucie pozostało bez zmian. Pogorszenia wśród pacjentów nie odnotowano.

U większości badanych osób po zabiegach masażu leczniczego nastąpiła poprawa w samoobstudze i wykonywaniu czynności życia codziennego w środowisku domowym, co stanowi bardzo ważny obszar działań w życiu człowieka (tabela 2). Uzyskane wyniki spr-

Tabela 1. Wskaźniki jakościowe zmian indywidualnie odnotowanych przez respondentów w odpowiedzi na pytania dotyczące samopoczucia i subiektywnego odczuwania bólu

Odnotowane jakościowe zmiany	Jak się obecnie Pan/Pani ogólnie czuje?	Jak Pan/Pani ocenia swój stan zdrowia w porównaniu ze stanem zdrowia swoich znajomych w podobnym wieku?	Jak często odczuwał/a Pan/ Pani ból w dolnym odcinku kręgosłupa?	Jaki rodzaj bólu odczuwa Pan/Pani, gdy jest on najsilniejszy?	Jak w skali od 1 do 5 (1 to brak bólu, a 5 to ból nie do zniesienia) ocenia Pan/ Pani ból w dolnym odcinku kręgosłupa?	
Pogorszenie o 1 punkt	0	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0	0	
Stan bez zmian	4 (13,3%)	12 (40,0%)	4 (13,3%)	12 (40,0%)	6 (20,0%)	
Poprawa o	1 punkt	13 (43,3%)	8 (26,7%)	13 (43,3%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)
	2 punkty	9 (30,0%)	8 (26,7%)	11 (36,7%)	5 (16,7%)	15 (50,0%)
	3 punkty	4 (13,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	7 (23,3%)
	4 punkty	0	0	0	4 (13,3%)	1 (3,3%)

Tabela 2. Wskaźniki jakościowe zmian indywidualnie odnotowanych przez respondentów w odpowiedzi na pytania dotyczące samoobstugi i czynności życia codziennego w środowisku domowym

Odnotowane jakościowe zmiany	Jak często stosuje Pan/Pani leki przeciwbólowe przy bólu w dolnym odcinku kręgosłupa?	Czy ból w dolnym odcinku kręgosłupa utrudnia Panu/ Pani ubieranie się (zakładanie rajstop, spodni, skarpet, bielizny)?	Czy z powodu bólu kręgosłupa ma Pan/Pani trudności z wejściem i wyjściem do wanny/pod prysznic?	Czy ból w dolnym odcinku kręgosłupa przeszkadza Panu/Pani w wykonywaniu codziennych zabiegów pielęgnacyjnych (mycie, wycieranie się, golenie, czesanie)?	Czy ból w dolnym odcinku kręgosłupa ogranicza Pana/Panią w przygotowywaniu posiłków, zmywaniu naczyń?	
Pogorszenie o 1 punkt	0	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0	0	
Stan bez zmian	10 (33,3%)	12 (40,0%)	4 (13,3%)	12 (40,0%)	6 (20,0%)	
Poprawa o	1 punkt	7 (23,3%)	8 (26,7%)	13 (43,3%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)
	2 punkty	8 (26,7%)	8 (26,7%)	11 (36,7%)	5 (16,7%)	15 (50,0%)
	3 punkty	5 (16,7%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	7 (23,3%)
	4 punkty	0	0	0	4 (13,3%)	1 (3,3%)

wiają, że dana osoba może samodzielnie egzystować i wykonywać proste czynności. Respondenci pytani byli o takie czynności jak: ubieranie się, korzystanie z wanny lub prysznica, poddawanie się codziennym zabiegom pielęgnacyjnym, chodzenie po schodach, sprzątanie, mycie okien, przygotowywanie posiłków i radzenie sobie z noszeniem zakupów, jak również długotrwałe spędzanie czasu na oglądaniu telewizji lub pracy przy komputerze. Na początku terapii nie było osób, którym długa, kilkugodzinna, wymuszona pozycja siedząca nie przeszkadzałaby z powodu bólu kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Nieznacznie przeszkadzała 4 osobom (13,3%), średnio – 12 osobom (40%), często – 13 osobom (43,3%). Jednej osobie (3,4%) ból uniemożliwiał długotrwałe przebywanie w takiej pozycji. Po zastosowanej terapii 8 osób nie odczuwało bólu w trakcie długotrwałego siedzenia, 16 osobom (53,3%) ból nieznacznie przeszkadzał, 2 osobom (6,7%) średnio, zaś często 4 osobom (13,3%).

Analiza innych wskaźników wykazuje, że 8 osobom (26,7%) ból uniemożliwiał sen w równym stopniu przed i po masażach. Dziewięć osób zauważyło, że po masażach budzą się o 1–2 razy rzadziej w porównaniu z sytuacją przed zabiegami (poprawa o 1 punkt). U 11 osób (36,7%) nastąpiła znaczna poprawa (bo o 2–3 punkty), natomiast 2 osoby (6,7%) odnotowały poprawę o 4 punkty – czyli przed zabiegami ból uniemożliwiał im sen, natomiast po zabiegach przesypiały już całą noc. A więc zastosowana terapia poprawiła jakość snu u 22 pacjentów (73,3%), co wpłynęło korzystnie na wypoczynek, regenerację sił i pozytywny nastrój.

W związku z tym, że większość ankietowanych (20 osób) to dozorczy i placowi, których dyżur w pracy trwa

12 godzin, dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa oraz trudności z tym związane mogą przeszkadzać, a nawet uniemożliwiać ich aktywność zawodową. Analiza wskaźników jakościowych wykazuje, że 7 osób (23,3%) nie odczuło zmiany nasilenia bólu w trakcie wykonywania obowiązków w pracy po przebytej serii masażu. Jedenastu badanych (36,7%) wskazało poprawę o 1 punkt, tzn. że jeśli przed masażami odczuwali ból w trakcie pracy bardzo często, to po zabiegach już tylko czasami. Kolejnych 11 (36,7%) odczuło poprawę dużą (o 2 punkty) lub bardzo dużą, bo aż o 3 punkty (tabela 3).

Aktywność człowieka i pełnia życia to nie tylko czynności codzienne i praca zawodowa, ale również przebywanie w towarzystwie innych osób, uspołecznianie się, życie towarzyskie i uczestniczenie w wydarzeniach mających wpływ na przeżycia duchowe. Badani byli pytani o chodzenie do teatru, kina czy kościoła; spotykanie się z rodziną, sąsiadami i przyjaciółmi; uczestniczenie w zorganizowanych zajęciach grupowych (fitness, joga, siatkówka, taniec itp.); o indywidualną aktywność ruchową (spacery, pływanie, jazda na rowerze, nordic walking itp.). Dzięki zabiegom masażu leczniczego u niewielkiej części respondentów (13,3%) nastąpił wzrost aktywności społecznej i towarzyskiej (tabela 4).

Dyskusja

Na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych ma wpływ interdyscyplinarne działanie poprzez ogólnie rozumianą rehabilitację. Pełna rehabilitacja, która pozostaje w ścisłym związku z jakością życia osób niepełnosprawnych, ma miejsce wtedy, gdy łączy się

Tabela 3. Wskaźniki jakościowe zmian indywidualnie odnotowanych przez respondentów w odpowiedzi na pytanie dotyczące aktywności zawodowej

Odnotowane jakościowe zmiany		Czy odczuwa Pan/Pani ból w dolnym odcinku kręgosłupa w trakcie wykonywania pracy zawodowej?	Jak często, z powodu bólu krzyża, podczas wykonywania czynności zawodowych w pozycji stojącej lub siedzącej musi Pan/Pani zmieniać tę pozycję?	Czy ból utrudnia Panu/Pani podnoszenie jakichkolwiek ciężarów w pracy?
Stan bez zmian		7 (23,3%)	5 (16,3%)	10 (33,3%)
Poprawa o	1 punkt	11 (36,7%)	10 (33,3%)	11 (36,7%)
	2 punkty	9 (30,0%)	13 (43,3%)	9 (30,0%)
	3 punkty	3 (10,0%)	2 (6,7%)	0

Tabela 4. Wskaźniki jakościowe zmian indywidualnie odnotowanych przez respondentów w odpowiedzi na pytania dotyczące życia towarzyskiego, społecznego i aktywności fizycznej

Odnotowane jakościowe zmiany		Czy ból w dolnym odcinku kręgosłupa ogranicza Panu/Pani wyjście do kościoła, kina czy teatru?	Czy z powodu bólu kręgosłupa musiał/a Pan/Pani zrezygnować ze spotkań z przyjaciółmi, rodziną czy sąsiadami?	Czy uczestniczy Pan/Pani w zajęciach sportowych (fitness, joga, siatkówka, taniec, inne zorganizowane zajęcia grupowe)?	Czy jest Pan/Pani aktywny/a ruchowo (spacery, nordic walking, pływanie, jazda na rowerze)?
Stan bez zmian		12 (40,0%)	14 (46,6%)	27 (90,0%)	26 (86,7%)
Poprawa o	1 punkt	13 (43,3%)	9 (30,0%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)
	2 punkty	3 (10,0%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	0
	3 punkty	2 (6,7%)	2 (6,7%)	0	0

rehabilitację medyczną z rehabilitacją zawodową i społeczną. W dostępnej literaturze przedmiotu można znaleźć wiele prac poświęconych efektom oddziaływań zabiegów masażu [3,10]. Znacząca większość wskazuje na efekty pozytywne, ponieważ każde działanie podnoszące sprawność, zmniejszające ból i wzmacniające pozytywne wrażenia chorych osób ma bezpośrednie przełożenie na lepsze radzenie sobie z chorobą i wynikające z tego większe zadowolenie z życia. Z drugiej strony, postępowanie terapeutyczne w przypadkach dolegliwości bólowych kręgosłupa jest stosunkowo skomplikowane. Przyczyną jest przede wszystkim brak odpowiednich schematów leczenia, długotrwałość samego procesu chorobowego, a także liczne zaniedbania dotyczące profilaktyki [10,11]. Chociaż zabiegi masażu często zalecane są w leczeniu bólów kręgosłupa, A. Dziak uważa, że masaż przynosi jedynie korzyści natury psychologicznej u masowanych pacjentów [12]. Istnieje jeszcze jeden problem – analizy porównawcze dostępnych wyników badań są jednak trudne ze względu na zróżnicowanie badanych grup (wiek, tryb pracy, stopień zaawansowania choroby), rodzajów i parametrów stosowanych zabiegów. O dobrych efektach zabiegów masażu donoszą autorzy podobnych badań [13]. Dowiedli oni, że po dziesięciu zabiegach masażu klasycznego oraz wibracyjnego punktów spustowych obniżyły się dolegliwości bólowe (mierzone w skali VAS i LPS). Dodatkowo zmiana stanu zdrowia pacjentów towarzyszyła również znacząca poprawa nastroju chorych [14]. Udowodniono zauważalne działanie przeciwbólowe masażu klasycznego w leczeniu zespołów bólowych kręgosłupa i masażu tensegracyjnego, który jest oparty na zasadach prawa tensegracji (przenoszenie napięć), czyli na zależnościach strukturalnych występujących między mięśniami, powięziami i więzadłami [15,16]. Podobne wyniki uzyskali też Ćwirlej i wsp. [14], którzy w swoich badaniach stwierdzili zmniejszenie bólu okolicy lędźwiowej. Autorzy posłużyli się tu dodatkowo masażem aromaterapeutycznym. Brakuje jednak prac, w których zajęto by się oceną jakości życia osób niepełnosprawnych (czyli z orzeczonym stopniem niepełnosprawności) czynnych zawodowo. Wyniki autorów podejmujących ten temat mogą być wskazówką dla terapeutów, jak należy metodycznie postępować z cho-

rymi z dolegliwościami dolnego odcinka kręgosłupa. Według uzyskanych przez nas danych widoczna jest duża skuteczność programu rehabilitacji. Na postawiony w pracy problem badawczy – czy po zastosowaniu unifikowanej metodyki masażu leczniczego u osób niepełnosprawnych z Zakładu Pracy Chronionej „Agema Serwis” z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa w ich odczuciu ulega poprawie ocena jakości życia – uzyskano pozytywną odpowiedź.

Wnioski

Program zabiegów masażu leczniczego stanowi cenną i efektywną technikę psychofizyczną, dzięki której można w stosunkowo krótkim czasie uzyskać pozytywny wynik, polegający na złagodzeniu objawów zespołu bólowego kręgosłupa oraz często towarzyszącego mu obniżenia nastroju u zatrudnionych osób niepełnosprawnych.

Niepełnosprawni pracownicy Zakładu Pracy Chronionej po zastosowanej serii masażu leczniczych odczuli znaczną poprawę samopoczucia i zmniejszenie odczuwania bólu, co miało bezpośrednie przełożenie na ich funkcjonowanie w życiu społecznym, zawodowym i jakością życia.

Zmniejszenie dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa, niestety, nie wpłynęło na podjęcie przez pacjentów szerszych działań w zakresie aktywności fizycznej.

Konieczne jest istnienie gabinetów fizjoterapii działających przy zakładach zatrudniających osoby niepełnosprawne, dzięki którym możliwy jest łatwy, szybki dostęp do zabiegów rehabilitacyjnych (zabiegów masażu), przez co wzrasta aktywność zawodowa i poczucie niezależności osób niepełnosprawnych.

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Heszen I, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
2. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: The WHO perspective. *Eur Psychiatry* 1997; 12(3): 263–266.
3. Klimaszewska K, Krajewska-Kutań E, Kondzior D, Kowalczyk K, Janakowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Probl Pielęg* 2011; 19(1): 47–54.
4. Kochman D. Jakość życia. Analiza teoretyczna. *Zdr Publ* 2007; 117: 242–248.
5. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 123–127.
6. Jankowska-Polańska B, Polański J. Metody oceny jakości życia w schorzeniach reumatycznych. *Reumatologia* 2014; 52(1): 69–76.
7. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiol Pol* 2009; 67: 1166–1169.
8. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health* 1994; 23: 24–56.
9. Kłak A, Mińko M, Siwczyńska D. Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 632–638.
10. Chaitow L, Fritz S. *Masaż leczniczy. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i medycyna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
11. Wordliczek J, Dobrogowski J. *Leczenie bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
12. Dziak A. *Bóle i dysfunkcje kręgosłupa*. Kraków: Medicina Sportiva; 2007.
13. Chochowska M, Marcinkowski JT, Rąglewska P, Babiak J. Masaż klasyczny i masaż wibracyjny punktów spustowych bólu w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa z towarzyszącym mu obniżeniem nastroju – u osób starszych. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92(3): 428–435.



14. Ćwirlej A, Ćwirlej A, Maciejczak A. Efekty masażu leczniczego w terapii bólów kręgosłupa. *Prz Med Uniw Rzesz* 2007; 3: 253–257.
15. Andrzejewski W, Kassolik K, Wilk I. Możliwości zastosowania masażu w bólach kręgosłupa. *Rehabil Prakt* 2011; 5: 50–55.
16. Wilk I. Zastosowanie masażu leczniczego w zespole cieśni kanatu nadgarstka. *Puls Uczelni* 2015; (9) 1: 21–24.

Adres do korespondencji:

dr Andrei Shpakou
Państwowy Uniwersytet im. Janki Kupały w Grodnie
Katedra Medycyny Sportowej i Rehabilitacji
ul. Orzeszkowej 22
230023, Grodno, Białoruś
E-mail: shpakoff@tut.by

Praca wpłynęła do redakcji: 20.07.2015
Po recenzji: 17.08.2015
Zaakceptowana do druku: 20.08.2015

ZDROWY STYL ŻYCIA W ROZUMIENIU STUDENTÓW UCZELNI O PROFILU MEDYCZNYM

Health lifestyle in medical students' understanding

Artykuł przygotowany na podstawie pracy licencjackiej autorki,
obronionej w PMWSZ w Opolu w roku akademickim 2014/2015

NATALIA CIEĆKA^{B-F}
LUCYNA SOCHOCKA^A

Instytut Pielęgniarstwa
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Według społeczeństwa polskiego zdrowie jest najbardziej cenioną wartością. Zdrowy styl życia oznacza kierowanie swoim życiem w taki sposób, by dążyć ku zdrowiu.

Cel pracy: Poznanie opinii studentów o profilu medycznym na temat zdrowego stylu życia.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2014 roku wśród 360 studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Technika badań była ankieta, której kwestionariusz został stworzony przez autorkę pracy.

Słowa kluczowe: zdrowie, styl życia, studenci

Wyniki: W badaniach wzięło udział 360 studentów z Instytutów: Pielęgniarstwa – 95 (26,4%), Kosmetologii – 97 (26,9%), Położnictwa – 69 (19,2%) oraz Fizjoterapii I i II stopnia – 99 (27,5%). W grupie badanych 100% studentów fizjoterapii (99) i kosmetologii (97) odpowiedziało, że styl życia ma wpływ na zdrowie człowieka.

Wnioski: Studenci studiów o profilu medycznym postrzegają zdrowy styl życia jako element istotny dla zapewnienia zdrowia człowieka.

SUMMARY

Background: According to Polish society, health is the greatest value of all. A healthy lifestyle means managing your life in such a way to pursue more towards health.

Aim of the study: The aim of the study is to collect the medical profile students' opinions on what a healthy lifestyle is.

Material and methods: The research was conducted in late November and December of 2014 among the students of Public Higher Medical Professional School in Opole. The research method consisted of a survey with the use of a questionnaire designed by the researcher herself.

Keywords: health, lifestyle, students

Results: 360 students participated in the research, 95 of whom were from the Nursing Institute (26.4%), 97 (26.9%) from Cosmetology, 69 (19.2%) from Obstetrics, and 99 (27.5%) from the Institute of Physiotherapy (I and II degree). 100% of students studying physiotherapy (99) and cosmetology (97) answered that a chosen lifestyle has a significant impact on human health.

Conclusions: Students studying medical profiles identify a healthy lifestyle as a fundamental element of a human's good health condition.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 13–17)



Wstęp

Określenie „zdrowy styl życia” tworzą pojęcia: „zdrowie” i „styl życia”. W literaturze przedmiotu najczęściej przytaczana definicja zdrowia – zgodna z definicją WHO – mówi, iż zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania [1].

Zdaniem twórcy globalnej koncepcji „pól zdrowia” z 1974 r. – M. Lalonde’a – największy wpływ na zdrowie człowieka, bo aż 53%, ma styl życia [2].

Według strategii WHO styl życia to sposób funkcjonowania, który oparty jest na wzajemnym związku między szeroko pojętymi warunkami życia a wzorami zachowań uwarunkowanych przez cechy indywidualne oraz czynniki społeczne i kulturowe [3]. Zgodnie z koncepcją behawioralną styl życia to ponawiany typ zachowań determinowany kulturą oraz poziomem życia [2]. Z analizy powyższych definicji wynika, że styl życia to współgranie czynników społecznych, kulturalnych, jak i ekonomicznych, w których człowiek bytuje [3].

Cel badań

Celem badań była próba poznania opinii studentów studiów o profilu medycznym na temat zdrowego stylu życia oraz analiza zachowań pro- i antyzdrowotnych podejmowanych przez nich.

Materiał i metody

Badania, po uzyskaniu zgody władz Uczelni, przeprowadzono na przełomie listopada i grudnia 2014 roku wśród 360 studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej (PMWSZ) w Opolu. Technika zastosowaną w pracy była ankieta, narzędzie do badań stanowił stworzony przez autorkę kwestionariusz ankiety.

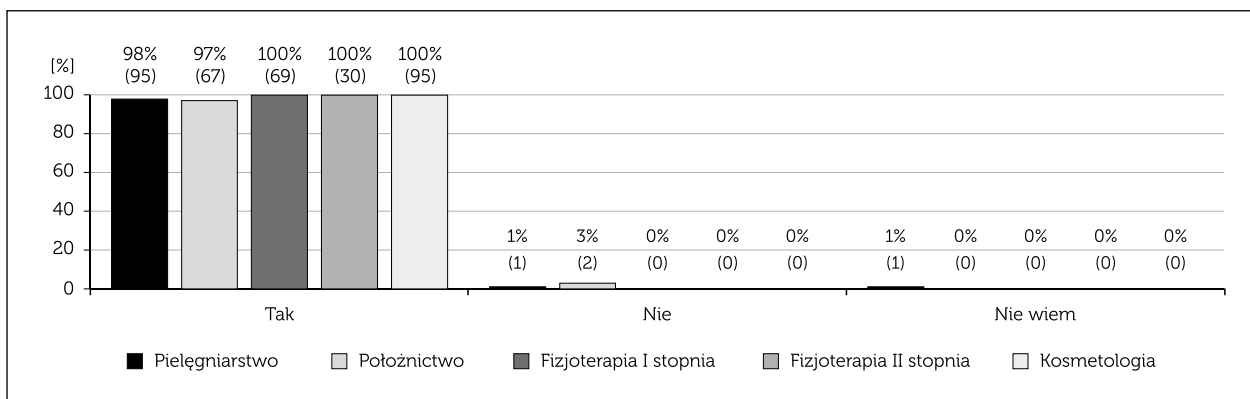
Kwestionariusz składał się z metryczki oraz pytań zamkniętych związanych z zagadnieniem stylu życia. Wyniki opracowywano przy wykorzystaniu programu Microsoft Excel Starter 2010.

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 360 studentów PMWSZ w Opolu studiujących w Instytutach: Pielęgniarstwa – 26,9% (95), Kosmetologii – 26,4% (97), Położnictwa – 19,2% (69) oraz Fizjoterapii I stopnia – 19,2% (96) i II stopnia – 8,3% (30).

Styl życia ma wpływ na zdrowie człowieka według 98% (95) studentów pielęgniarstwa, 97% (67) studentów położnictwa, 100% (196) studentów fizjoterapii i kosmetologii (rycina 1).

Zdecydowana większość badanych zdrowy styl życia utożsamia z: racjonalnym odżywianiem – ponad 94% (343), unikaniem używek – ponad 79% (300) oraz codzienną aktywnością fizyczną – ponad 77% (294) (tabela 1).



Rycina 1. Czy według Pana/Pani styl życia ma wpływ na zdrowie człowieka?

Tabela 1. „Styl życia” w opinii badanych

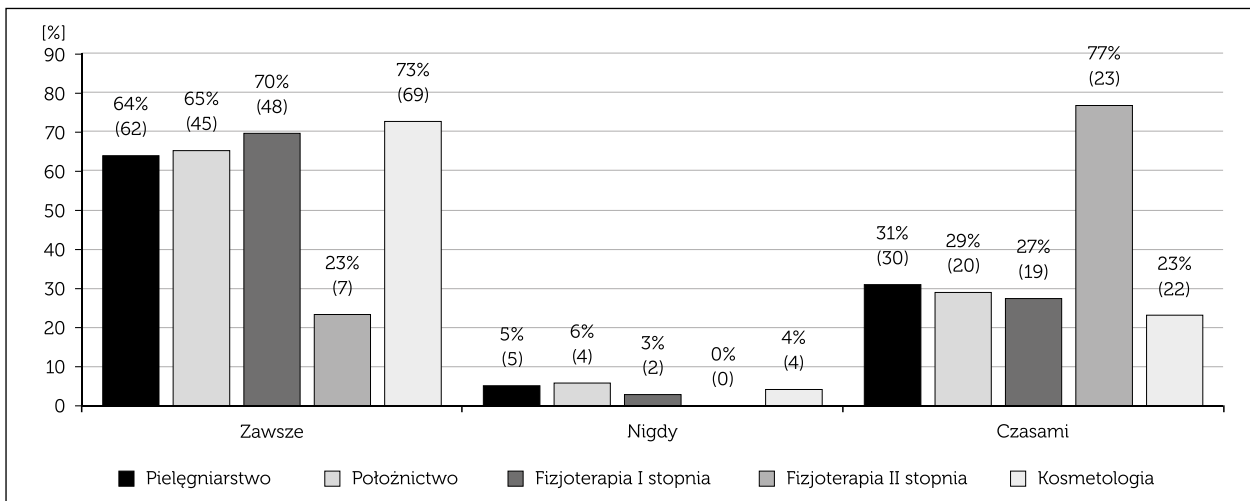
Co według Pana/Pani stanowi treść pojęcia „zdrowy styl życia”	Kierunek studiów									
	Pielęgniarstwo		Położnictwo		Fizjoterapia I stopnia		Fizjoterapia II stopnia		Kosmetologia	
	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%
Codzienna aktywność fizyczna	75	77	55	80	55	80	23	83	86	91
Racjonalne odżywianie	91	94	65	94	66	96	27	90	94	99
Wypoczynek i relaks	61	63	49	71	48	70	21	70	65	68
Sen	69	71	52	75	54	78	20	67	86	91
Dbanie o czystość własnego ciała	57	59	49	71	44	64	15	50	73	77
Unikanie używek	77	79	56	81	57	83	24	80	86	81
Umiejętne radzenie sobie ze stresem	46	47	5	7	25	36	9	30	60	63

Analiza wybranych zachowań zdrowotnych

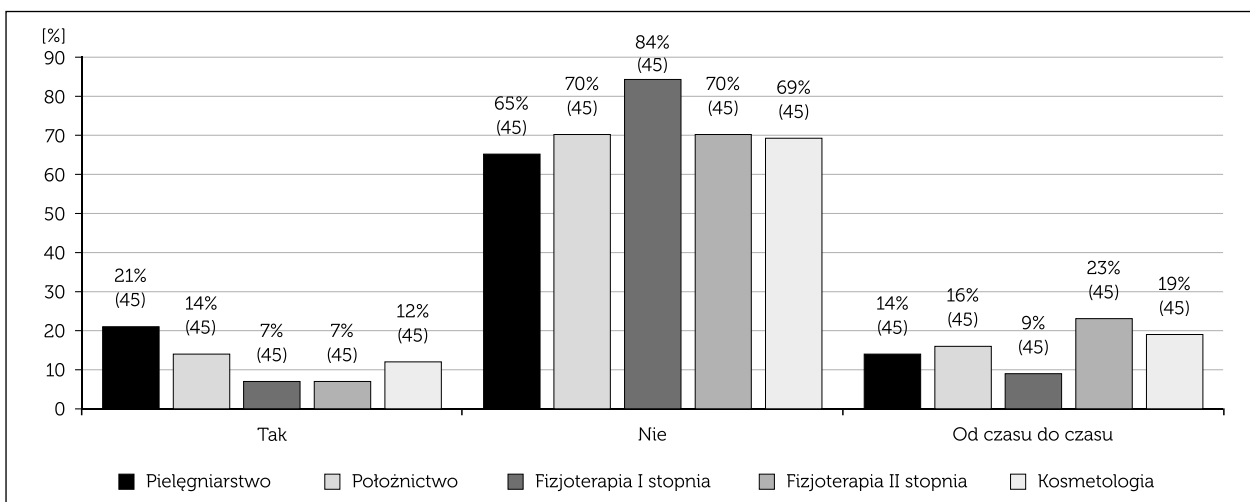
Ponad połowa badanych studentów z kierunków: pielęgniarstwo 64% (62), położnictwo 65% (45), fizjoterapia I stopnia 70% (48) oraz kosmetologia 73% (69) podaje, iż pierwsze śniadanie zjada każdego dnia (rycina 2).

Wśród ankietowanych najczęściej palaczy jest w grupie studentów pielęgniarstwa – 21% (20) i położnictwa – 14% (10) (rycina 3).

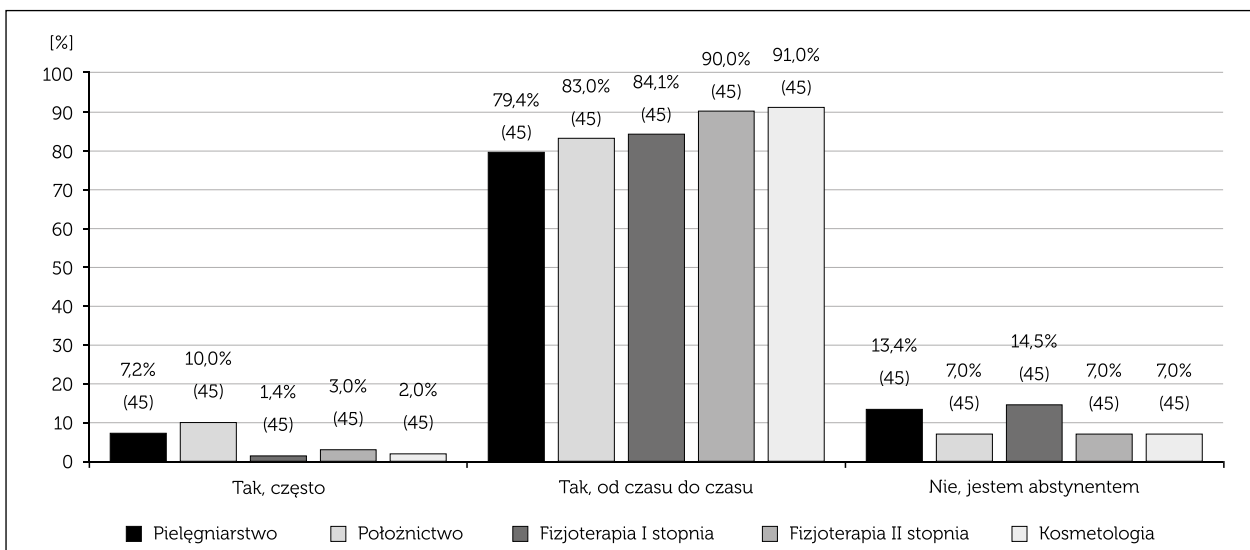
Najwięcej abstynentów jest na kierunku fizjoterapia I stopnia – 14,5% (2) oraz pielęgniarstwo – 13,4% (13) (rycina 4).



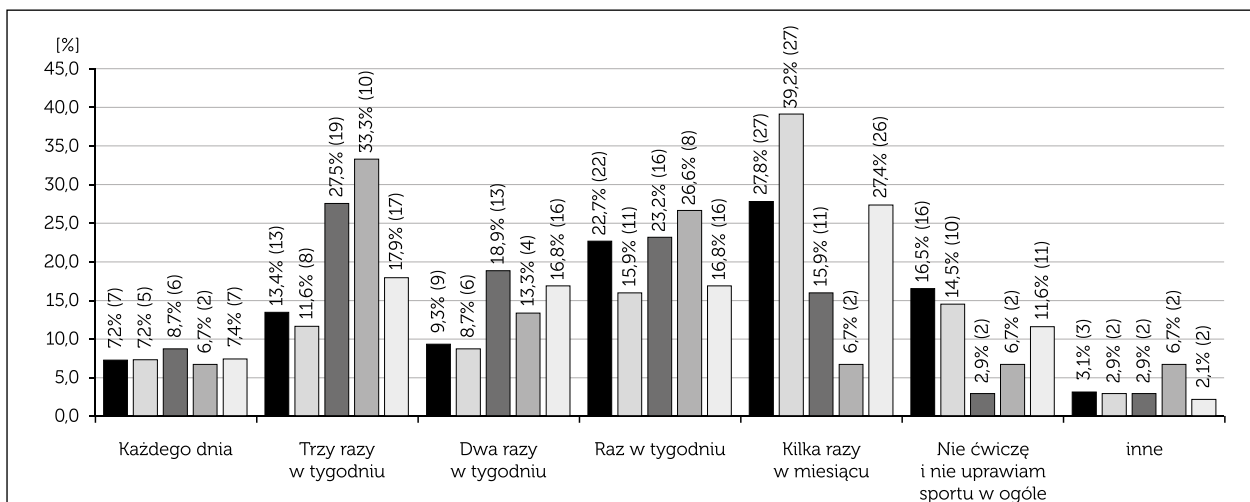
Rycina 2. Czy zjada Pan/Pani pierwsze śniadanie?



Rycina 3. Palenie papierosów przez badanych



Rycina 4. Czy pije Pan/Pani alkohol?



Rycina 5. Jak często uprawia Pan/Pani sport?

Nie ćwiczy i nie uprawia sportu w ogóle 16,5% (16) studentów pielęgniarstwa, 14,5% (10) położnictwa i 11,6% (11) kosmetologii (rycina 5).

Dyskusja

Zdrowy styl życia jest zagadnieniem popularnym zarówno w literaturze medycznej jak i w mediach. Zainteresowanie to ma swoje odbicie w zachowaniach zdrowotnych podejmowanych przez społeczeństwo.

Respondenci w prezentowanych badaniach prawie jednoznacznie uznali, że styl życia, jaki prowadzą, ma istotny wpływ na ich zdrowie.

Według badań własnych ponad 94% ankietowanych utożsamia zdrowy styl życia z racjonalnym odżywianiem, ponad 79% z unikaniem używek, ponad 77% badanych z codzienną aktywnością fizyczną. Wyniki uzyskane przez CBOS (2012) potwierdzają powyższe – racjonalne odżywianie znalazło się na pierwszym miejscu (56%), pozostałe to: regularne wizyty u lekarza (34%) oraz unikanie sytuacji stresowych (29%) [4]. Natomiast umiejętne radzenie sobie ze stresem zostało ocenione przez respondentów jako najmniej istotne dla zdrowego stylu życia.

Z prezentowanych badań wynika, że średnio 64% respondentów zawsze zjada pierwsze śniadanie. Prażmowska i wsp. (2011) podają, iż pierwsze śniadanie zjada 76,6% ankietowanych kobiet oraz 58,5% mężczyzn [5].

Najczęściej po papierosy sięgają ankietowani z kierunku pielęgniarstwo – 21% i położnictwo – 14%. Z badań J. Zalewskiej-Puchały i wsp. (2013) wynika, iż tytoń pali 21% badanych [6].

Piśmiennictwo

- Kolarzyk E. Stanowisko człowieka w przyrodzie W: Kolarzyk E, red. *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008: 6–17.
- Wdowiak L, Bojar I. Zdrowie i jego ukierunkowania. W: Steciwko A, red. *Medycyna Rodzinna – co nowego? Tom I*. Wrocław: Cornetis; 2010: 1–11.
- Kluczyńska U. Styl życia. Główne podejścia i perspektywy badawcze. W: Cyłkowska-Nowak M, red. *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe

Abstynenci na kierunkach medycznych stanowią stosunkowo niewielką grupę, tj. 7–14,5% badanych. Wyniki Zalewskiej-Puchały i wsp. (2013) również potwierdzają niski, bo tylko 27%, odsetek abstynentów [6].

Każdego dnia aktywność fizyczną podejmuje zaledwie 7% ankietowanych. Wyniki te pokrywają się z uzyskanymi przez I. Markiewicz-Górkę i wsp. (2011), w których również 7% badanych deklaruje codzienną aktywność fizyczną [7].

Wnioski

Studenci studiów o profilu medycznym przejawiają zadowalający poziom wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Z przeprowadzonych badań wynika, iż styl życia, jaki prowadzą, trudno jednoznacznie określić jako „zdrowy”. Należałoby dokładniej przyjrzeć się, w jaki sposób odżywiają się studenci oraz zwrócić uwagę na metody, jakimi radzą sobie ze stresem. Niepokojącym faktem jest również częste sięganie po używki oraz niepodejmowanie regularnej aktywności fizycznej.

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2008: 46–58.

- Rasińska R, Nowakowska I, Nowomiejski J. Diagnoza stanu zdrowia studentów i ich opinie o zagrożeniach zdrowotnych. *Pielęgni Pol* 2013; 2(48): 79–84.
- Prażmowska B, Dziubak M, Morawska S, Stach J. Wybrane zachowania zdrowotne nauczycieli szkół średnich. *Problemy Pielęgniarsztwa* [serial online] 2011 [cyt. 20.11.2014]. Dostępny na URL: <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/view/23196/18422>

6. Zalewska-Puchata J, Majda A, Korzonek R. Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności studentów w utrzymaniu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa* [serial online] 2013 [cyt. 29.03.2015]. Dostępny na URL: <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/view/34260/26545>

7. Markiewicz-Górka I, Korneluk J, Pirogowicz I. Aktywność fizyczna oraz wiedza studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu na temat jej roli w profilaktyce chorób – badanie ankietowe. *Fam Med Prim Car Rev* 2011; 13(3): 436–439.

Adres do korespondencji:

Natalia Ciećka
Chotynin 74
98-430 Bolestawiec
Tel. (+48) 691 455 062
E-mail: cieckanatalia@wp.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 15.07.2015
Po recenzji: 14.08.2015
Zaakceptowana do druku: 16.08.2015

WIEDZA STUDENTÓW PAŃSTWOWEJ MEDYCZNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ W OPOLU DOTYCZĄCA HONOROWEGO KRWIODAWSTWA I LECZENIA KRWIĄ – ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

The knowledge of Public Medical Higher
School in Opole students related to the blood
donation movement – analysis of a survey

SABINA CZAPLA^{1 A-F}
JOANNA ŚLIWIŃSKA^{1 A-F}
TERESA NIECHWIADOWICZ-
-CZAPKA^{1,2 A,D,C,E}

- 1 Studentka I roku pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu, członek Klubu HDK PCK w PMWSZ w Opolu
- 2 Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu, opiekun Klubu HDK PCK w PMWSZ w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Honorowe krwiodawstwo jest akcją społeczną mającą na celu pozyskiwanie krwi od osób zdrowych na rzecz osób wymagających transfuzji. Leczenie krwią możliwe jest dzięki stałej bazie krwiodawców. Propagowanie idei honorowego krwiodawstwa wśród studentów jest bardzo ważne, ponieważ są oni potencjalnymi dawcami krwi. Wyniki badań ankietowych wskazują na obszary wiedzy, na których w propagowaniu honorowego krwiodawstwa należałoby się szczególnie skupić, aby pozyskać nowych dawców.

Cel pracy: Poznanie stanu wiedzy studentów PMWSZ w Opolu na temat krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 100 studentów PMWSZ w Opolu. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety.

Słowa kluczowe: honorowe krwiodawstwo, studenci, wiedza

Wyniki: 85% (85) badanych ocenia swoją wiedzę z zakresu krwiodawstwa jako średnią. 82% (82) jest świadoma, że oddawanie krwi nie uzależnia fizycznie. 65% (65) respondentów wie, że nie istnieje ryzyko nadprodukcji krwi w przypadku regularnego jej oddawania. 47% (47) ankietowanych zna zastosowanie krwi w leczeniu. Tylko 22% (22) wie, że oddawanie krwi nie stwarza ryzyka dla dawcy. 50% (50) respondentów ma błędne informacje na temat przywilejów krwiodawców.

Wnioski: Największą wiedzę w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa mają honorowi dawcy krwi. Nie potwierdziły się hipotezy zakładające, że studenci lat programowo wyższych, osoby z wykształceniem medycznym i studenci, których znajomi są honorowymi dawcami, mają większą wiedzę na temat krwiodawstwa.

SUMMARY

Background: The Blood Donor Movement is a social action which aims at obtaining blood from healthy people and giving it to people who need blood transfusion. This is only possible thanks to a solid base of blood donors. Promoting the idea of voluntary blood donation among students is very important because they are potential blood donors. The results of the survey indicate the areas of knowledge, which in promoting voluntary blood donation should be especially fulfilled to attract new donors.

Aim of the study: The aim of the study is to recognize the level of knowledge of Public Higher Medical Professional School Students in Opole about The Blood Donor Movement and medical treatment with the use of blood.

Material and methods: The research was carried out using a diagnostic survey method. The author's questionnaire had been filled in anonymously and voluntarily by a hundred of students. The analysis was taken in the "R" statistic program and PSPP program with the significance level of $p < 0.05$. The

Keywords: blood donation, students, knowledge

material was analysed considering the college level, medical education, active blood donation and the contact with blood donors.

Results: 85% of the students recognise their knowledge of the subject at a medium level. 82% know that blood donating is not physically addictive. 65% of the participants are aware of the fact that there is no risk of blood overproduction in case of regular donating. 47% of the respondents give a correct answer to the question related to chemotherapy. 22% of all know that blood donation does not create a risk for the donor. However, 50% of the respondents have incorrect beliefs about blood donors' privileges.

Conclusions: The honour blood donors have the greatest knowledge of blood donation and transfusion. The hypothesis stating that older and better educated students have wider knowledge about The Blood Donor Movement has not been confirmed.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 18–22)

Wstęp

Krew jest jednym z najbardziej niezbędnych leków. Rozwój krwiodawstwa umożliwił postęp w wielu dziedzinach medycyny. Dzięki transfuzjom krwi, zmniejszyła się umieralność okołoperacyjna i powypadkowa. Leczenie krwią jest możliwe tylko dzięki stałej bazie dawców krwi.

W 99,8% przypadków krwiodawstwo jest honorowe, wyjątkowo tylko oddanie krwi bywa odpłatne. Honorowym dawcą zostaje osoba, która chociaż raz nieodpłatnie oddała krew.

Zgodnie z naczelną zasadą obowiązującą w krwiodawstwie – „Minimum krzywdy, maksimum korzyści” – nie mogą zostać dawcami krwi (przed upływem 6 miesięcy) osoby, które miały przetaczaną krew lub jej składniki, osoby, które miały kontakt z chorym na WZW, miały wykonywane badania diagnostyczne lub zabiegi endoskopowe, powróciły z krajów o dużej częstotliwości zakażeń HIV (Afryka Środkowa i Zachodnia, Tajlandia) oraz osoby, które miały wykonany tatuaż, akupunkturę, przektucie uszu bądź innych części ciała [1].

Krew oddawać można po 6 miesiącach od wykonania zabiegu chirurgicznego, 4 tygodnie po przebyciu choroby zakaźnej, 2 tygodnie po przebiegu grypy lub zakażenia grypopodobnego, co najmniej 2 tygodnie po leczeniu antybiotykami i po infekcji z gorączką powyżej 38°C.

W dniu oddania krwi nieobecność w miejscu nauki lub pracy jest usprawiedliwiona. Dawcy przysługuje również zwrot kosztów podróży do miejsca donacji. Każdy krwiodawca może także bezpłatnie uzyskać wyniki swoich badań laboratoryjnych. W ramach promocji honorowego krwiodawstwa honorowi dawcy mogą również otrzymać nieodpłatnie kartę identyfikacji grupy krwi (tzw. „krew-kartę”) [2].

Od 1 stycznia 2007 r. obowiązuje nowa ulga w podatku dochodowym od osób fizycznych (PIT) – jest to możliwość odliczenia od podstawy opodatkowania wartości honorowo oddanej krwi (na podstawie art. 26 ust. 1. pkt 9. lit. c. Ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych).

Na potrzeby określenia wartości darowizny stosuje się przepisy o wysokości ekwiwalentu pieniężnego za pobraną krew. Honorowi dawcy mają także przywilej korzystania z pomocy medycznej poza kolejnością.

Cel badania

Celem badania było poznanie stanu wiedzy studentów PMWSZ w Opolu na tematy związane z krwiodawstwem.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety składającego się z dwóch części. Pierwsza zawierała zmienne oraz pytania dotyczące samooceny wiedzy z zakresu honorowego krwiodawstwa, natomiast w części drugiej zamieszczono pytania sprawdzające tę wiedzę. Ankieta była anonimowa i dobrowolna. Grupę badaną stanowiło 100 studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. Materiał analizowano, biorąc pod uwagę: rok studiów, zdobyte wykształcenie medyczne, które miało 7% (7) ankietowanych, czynne dawstwo krwi oraz kontakty z honorowymi dawcami.

Przyjęto, że większą wiedzę na temat honorowego krwiodawstwa i zastosowania krwi w lecznictwie mają:

- studenci lat programowo wyższych,
- osoby, które mają już wykształcenie medyczne,
- honorowi dawcy krwi,
- osoby, których znajomi są honorowymi krwiodawcami.

Analizę statystyczną wykonano w środowisku statystycznym „R” oraz programie PSPP, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W ankiecie zamieszczono pytania odnoszące się do różnych niebezpieczeństw związanych z krwiodaw-



stwem oraz szans, które stwarza dla chorych krwiolecznictwo. Ankietowani mieli stwierdzić, czy w przypadku regularnego oddawania krwi istnieje ryzyko jej nadprodukcji w organizmie. Większość studentów wybrała prawidłową odpowiedź, uznając to za mit, jednak 35% (35) stwierdziło, że takie ryzyko istnieje (rycina 1).

Ankietowani mieli także oszacować, czy oddawanie krwi może uzależniać fizycznie. 82% (82) respondentów zaznaczyło poprawną odpowiedź, czyli uznano to stwierdzenie za mit (rycina 1).

Studenci określali też, czy podczas oddawania krwi istnieje ryzyko zakażenia. 38% (38) osób wybrało poprawną odpowiedź, czyli „brak ryzyka”. Ankietowani w większości uznali, że podczas oddawania krwi istnieje ryzyko zarażenia się niektórymi chorobami zakaźnymi. Studenci najbardziej obawiają się zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu B i wirusem HIV (rycina 2).

Ilość pobieranej w czasie jednej donacji krwi została w większości dobrze oszacowana – 60% (60) studentów wskazało, że wartość ta wynosi 450 ml (rycina 3).

47% (47) ankietowanych udzieliło poprawnej odpowiedzi na pytanie dotyczące wykorzystywania krwi w leczeniu (rycina 4).

Połowa badanej grupy ma błędne informacje na temat przywilejów należnych honorowym krwiodawcom. Jako przykładowe profity studenci podawali zniżki na przejazdy komunikacją miejską (23% – 23 osoby) oraz niższe ceny leków (16% – 16 osób). Studenci nietrafnie uznali za przywilej otrzymywanie czekolady (43% – 43 osoby), zwolnienie z pracy lub szkoły w dniu donacji (36% – 36 osób) oraz gadżety promujące ruch HDK. Wśród ankietowanych 40% (40) wie o możliwości dokonania odliczenia od podatku rocznego przez Zastępowanych Honorowych Krwiodawców (rycina 5).

Przeprowadzone badania nie wykazały istotnych statystycznie różnic w zakresie wiedzy na temat krwiodawstwa pomiędzy studentami różnych lat (tabela 1).

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że nie występują również istotne statystycznie różnice dotyczące poziomu wiedzy na temat krwiodawstwa w zależności od tego, czy respondenci mieli już wykształcenie medyczne (tabela 2).

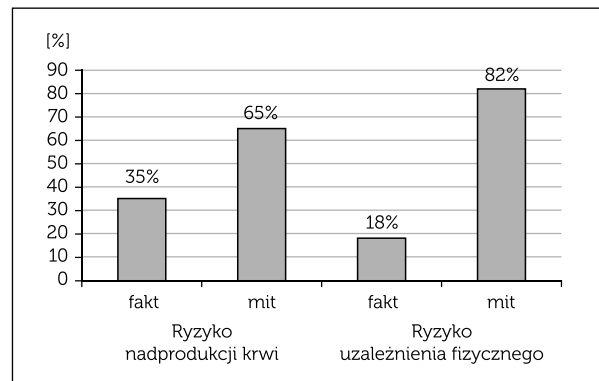
Wyniki zawarte w tabeli 3 wskazują, że pomiędzy osobami będącymi honorowymi dawcami krwi a niebędącymi występują istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu wiedzy na temat krwiodawstwa.

Wyniki połowy badanych zawierały się w przedziale od 6 do 8 poprawnych odpowiedzi. Mediana wynosiła 7, co oznacza, że połowa respondentów osiągnęła co najmniej taki wynik.

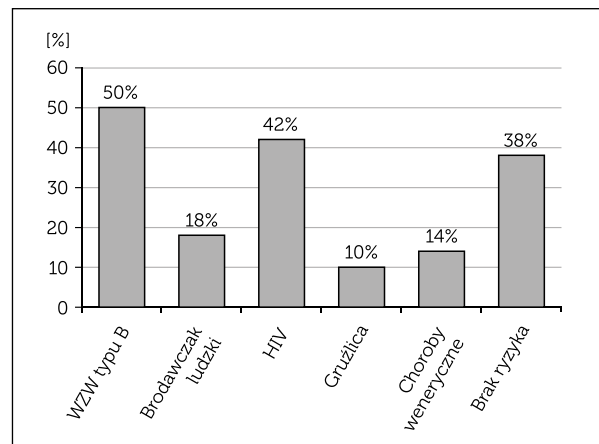
Badanie wskazuje, że nie występują istotne statystycznie różnice dotyczące poziomu wiedzy na temat krwiodawstwa wśród osób mających i niemających dawców wśród znajomych/rodziny (tabela 4).

Dyskusja

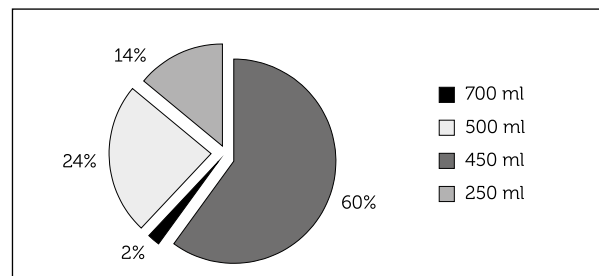
Studenci stanowią ważną grupę dawców krwi. Główną motywacją do donacji jest zazwyczaj chęć pomocy potrzebującym [3–6]. Świadome oddawanie krwi powinno być jednak oparte także na rzetelnej wiedzy, zwłaszcza w przypadku studentów uczelni



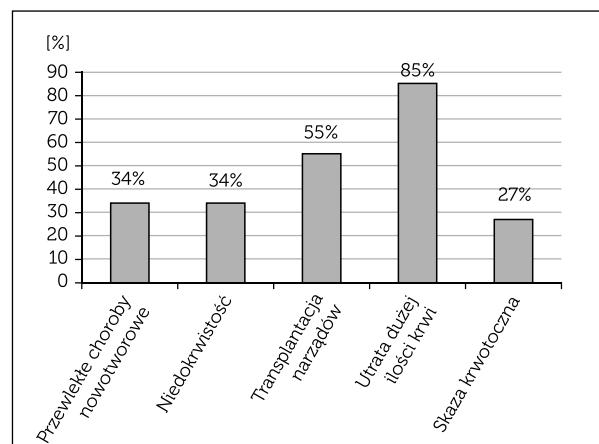
Rycina 1. Odpowiedzi studentów dotyczące ryzyka nadprodukcji krwi oraz fizycznego uzależnienia organizmu od oddawania krwi



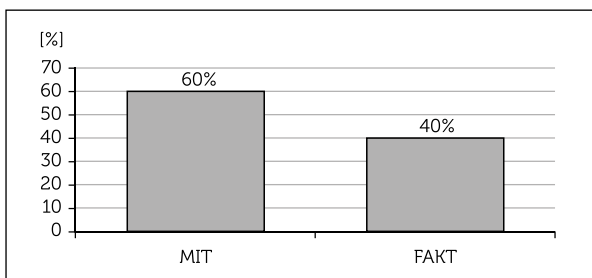
Rycina 2. Poziom wiedzy studentów odnośnie do ryzyka zakażenia w trakcie donacji krwi



Rycina 3. Odpowiedzi studentów na pytanie dotyczące ilości pobieranej podczas donacji krwi



Rycina 4. Wiedza studentów na temat wykorzystywania krwi w leczeniu



Rycina 5. Odpowiedzi studentów na pytanie dotyczące możliwości dokonania odliczenia od podatku rocznego przez Zastużonych Honorowych Dawców Krwi

Tabela 1. Wynik zależności pomiędzy rokiem studiów badanych a wiedzą na temat krwiodawstwa

Test Kruskala-Wallis	
Zmienne	Wynik
Rok studiów – zmienna niezależna (grupująca)	$\chi^2 = 0,934$ $df = 3$ $p = 0,817$
Wiedza na temat krwiodawstwa – zmienna zależna	

Tabela 2. Wynik testu korelacji poziomu wiedzy na temat krwiodawstwa i wykształcenia medycznego

Test Manna-Whitneya	
Zmienne	Wynik
Posiadanie wykształcenia medycznego – zmienna niezależna (grupująca)	$U = 403,500$ $p = 0,196$

Tabela 3. Wynik zależności wiedzy na temat krwiodawstwa honorowych krwiodawców i osób, które nie oddają krwi

Test Manna-Whitneya	
Zmienne	Wynik
Honorowe oddawanie krwi – zmienna niezależna (grupująca)	$U = 607,000$ $p = 0,000$
Poziom wiedzy na temat krwiodawstwa – zmienna zależna	

Tabela 4. Wynik korelacji wpływu posiadania znajomych oddających honorowo krew na poziom wiedzy na temat krwiodawstwa wśród badanych

Test Manna-Whitneya	
Zmienne	Wynik
Honorowi dawcy wśród znajomych/rodziny – zmienna niezależna (grupująca)	$U = 1133,500$ $p = 0,687$
Poziom wiedzy na temat krwiodawstwa – zmienna zależna	

medycznej. Z przeprowadzonego sondażu wynika, że 85% (85) badanych studentów PMWSZ w Opolu ocenia swoją wiedzę z zakresu krwiodawstwa i krwiolecznictwa jako średnią, a 11% (11) uważa się za ekspertów w tej dziedzinie. Jednak analiza odpowiedzi na bardziej szczegółowe pytania ankiety nie potwierdza takiej wysokiej samooceny studentów. Niedostatki wiedzy dotyczą głównie przywilejów dla honorowych krwiodawców, a także następstw zdrowotnych regularnego oddawania krwi.

Według sondażu diagnostycznego przeprowadzonego na naszej Uczelni w 2008 roku, liczna grupa studentów niebędących dawcami (61,2% z 85 osób ankietowanych) także obawiała się potencjalnych niekorzystnych następstw zdrowotnych systematycznego oddawania krwi.

Porównując wyniki sondażu z 2008 roku z obecnym, notuje się zmniejszenie liczby osób, którym względy zdrowotne uniemożliwiają donację krwi. Obniżył się także procent studentów, którzy powstrzymują się od donacji z powodu lęku – z 21% (18) w 2008 roku do 14% (14) w 2015 roku. Zmalała liczba studentów, którzy twierdzą, że nigdy nie mieli okazji do oddania krwi – z 13% (11) w 2008 roku do 11% (11) obecnie. Znacząco wzrósł jednak procent osób, które obawiają się zakażenia – z 23% (20) w 2008 roku do 62% (62) w 2015 roku. Także studentów, którzy obawiają się uzależnienia swojego organizmu od oddawania krwi, jest aż 9 razy więcej niż w 2008 roku [3]. Należy jednak pamiętać, że w badaniach tych brały udział dwie różne grupy respondentów, co mogło mieć znaczący wpływ na rezultaty porównania.

W badaniach przeprowadzonych przez K. Kozłowską i M. Wójtę-Kempę wśród studentów największych uczelni wyższych we Wrocławiu w latach 2009–2010 uzyskano podobne wyniki, a poziom wiedzy studentów z Wrocławia oceniono jako niezadowalający. Najmniejszą wiedzę studenci mają w zakresie przywilejów wynikających z bycia dawcą [4]. Podobnie jak w badaniach własnych, poziom wiedzy krwiodawców we Wrocławiu jest wyższy od poziomu wiedzy osób, które nigdy nie oddawały krwi. Także wiedza studentów Uniwersytetu Opolskiego na temat krwiodawstwa, mimo pozytywnego nastawienia do ruchu honorowego krwiodawstwa, znajdowała się na średnim poziomie. Wielu studentów nie orientowało się, na jakich warunkach oraz kiedy może odbyć się donacja krwi [5].

Wśród przyczyn rezygnowania z donacji krwi podawanych przez studentów przeważają względy zdrowotne. Podobnie jak w wynikach uzyskanych w badaniach studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie [6].

Wskazywane przez studentów obawy przed oddaniem krwi w związku z niebezpieczeństwem zakażenia w trakcie donacji wynikają z niskiej wiedzy dotyczącej przeprowadzanych zabiegów poboru krwi.

Wyniki badań własnych i przeprowadzonych na innych uczelniach wskazują, iż studenci mają z reguły pozytywny stosunek do idei honorowego krwiodawstwa. Nie przekłada się to jednak na procent osób czynnie zaangażowanych w honorowe dawstwo krwi.

Wnioski

1. Należy nasilić działania propagujące akcje poboru krwi organizowane w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.
2. Należy zadbać o poszerzenie wiedzy studentów na temat ryzyka ponoszonego przez dawcę krwi.
3. Należy propagować wiedzę dotyczącą aktualnych przywilejów dla honorowych dawców krwi.

Piśmiennictwo

1. Jak zostać krwiodawcą [online] 2014 [cyt. 23.01.2015]. Dostępny na URL: <http://www.rckik-opole.com.pl>
2. Niechwiadowicz-Czapka T, Klimczyk A. *Leczenie krwii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
3. Niechwiadowicz-Czapka T, Szczęchowska M. Postawy i wiedza studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotyczące ruchu honorowego krwiodawstwa – analiza badań własnych. *Mag Pielęg Potoż* 2008; 3: 18–19.
4. Kozłowska K, Wójta-Kempa M. Wiedza i postawy studentów wrocławskich uczelni na temat krwiodawstwa. *Pielęg Zdr Publ* 2011; 1-2: 121–128.

Adres do korespondencji:

Sabina Czapla
ul. Zamknięta 2, 46-375 Pludry
Tel. (+48) 512 523 341
E-mail: sabina.026@wp.pl

Teresa Niechwiadowicz-Czapka
PMWSZ w Opolu
ul. Katowicka 68
Tel. (+48) 601 393 775
E-mail: tecia7@onet.eu

Praca wptynęta do redakcji: 18.06.2015
Po recenzji: 24.08.2015
Zaakceptowana do druku: 25.08.2015

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków uczelnianych.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

5. Kozłowska J, Szczeniak K. Postawy i wiedza studentów Uniwersytetu Opolskiego na temat honorowego krwiodawstwa – analiza badań własnych. *II Uczelniana Konferencja Studenckich Kół Naukowych PMWSZ w Opolu, Opole, 18 marca 2010: program szczegółowy, streszczenia prac*. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; 2010.
6. Kottątaj B, Kottątaj W, Zawół S, Sowa M, Karwat D. Honorowe Krwiodawstwo wśród studentów studiów stacjonarnych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. *J Health Sci* 2013; 3(6): 45–72.

PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW PIERSI I SZYJKI MACICY U KOBIET

Prevention of breast and cervical cancer in women

Artykuł przygotowany na podstawie pracy licencjackiej autorki,
obronionej w PMWSZ w Opolu w roku akademickim 2014/2015

PATRYCJA BUL^{1 B,C,D,E,F}

DONATA KURPAS^{1,2 A,D,E}

1 Instytut Pielęgniarstwa,
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa
w Opolu

2 Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Nowotwory to druga po chorobach układu krążenia przyczyna zgonów w Polsce. Najczęściej diagnozowanymi chorobami nowotworowymi u kobiet są rak piersi i szyjki macicy. Metody prewencji są tanie i ogólnodostępne. Najpopularniejsze badania profilaktyczne w kierunku raka piersi to samobadanie oraz mammografia. W profilaktyce raka szyjki macicy podstawowymi narzędziami diagnostycznymi są: badanie ginekologiczne i skryning cytologiczny.

Cel pracy: Określenie wiedzy kobiet na temat profilaktyki nowotworów piersi i szyjki macicy oraz częstości korzystania z badań profilaktycznych.

Słowa kluczowe: profilaktyka, rak piersi, rak szyjki macicy

Materiał i metody: Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety w grupie 80 kobiet.

Wyniki: 80% (64) kobiet przyznaje, że lekarz pierwszego kontaktu nie informuje ich o możliwości wykonania badań profilaktycznych. 96,25% (77) kobiet deklaruje, iż potrafi wykonać samobadanie piersi, natomiast zaledwie 21,25% (17) kobiet wykonuje je regularnie.

Wnioski: Należy nasilić działania edukacyjne na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ukierunkowane na udział pacjentek w badaniach profilaktycznych i samoopiekę.

SUMMARY

Background: Cancer is the second, after cardiovascular diseases, cause of deaths in Poland. The breast cancer and the cervical cancer are the most frequently diagnosed types in women. The prevention methods are cheap and widely available. Mammography and breast self-examination are the most common screening tests used to diagnose breast cancer. The diagnostic tools for cervical cancer include basic gynaecological examinations and cytological screening.

Aim of the study: The aim of the study is to assess the knowledge of women about the prevention methods used to diagnose breast and cervical cancer, and to check the frequency of prophylactic examinations use.

Keywords: prevention, breast cancer, cervical cancer

Material and methods: The studies were conducted using a diagnostic survey with a questionnaire for a group of 80 women. The results were as following: 80% (64) of women reported that their primary care doctor did not inform them about the possibility of preventive examinations. 96.25% (77) of them declared that they can do the breast self-examination while, unfortunately, only a little over 21.25% (17) of the respondents do it regularly.

Conclusions: Higher educational efforts should be made at the level of primary health service and they should be targeted at female patients' wider participation in the preventive diagnostics and self-care.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 23–25)



Wstęp

Najczęściej diagnozowanymi chorobami nowotworowymi u kobiet są nowotwory piersi, a zaraz po nich nowotwory szyjki macicy. Szacuje się, iż na raka piersi choruje ponad 20% kobiet [1–3]. Dzięki nowym technologiom, postępowi w medycynie i coraz większej świadomości pacjentów, nowotwór ten jest szybko diagnozowany. Mimo to nadal około połowy kobiet dotkniętych tą chorobą umiera [4].

W związku z dużą skalą problemu Polski Komitet Zwalczenia Raka opracował wytyczne określające profilaktykę raka piersi. Obejmują one trzy składowe: comiesięczne samobadanie piersi, badanie fizykalne gruczołu piersiowego przeprowadzane przez lekarza, skryning mammograficzny [5].

Nowotwór szyjki macicy diagnozuje się u około 4% Polek. Czynnikiem wywołującym raka szyjki macicy są m.in. onkogenne typy wirusa HPV [1]. Celem profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy jest wyeliminowanie czynnika onkogennego, czyli infekcji wirusowej narządów rodnych szczepem HPV [6]. Ogólnodostępną metodą wykrywania raka szyjki macicy jest natomiast badanie cytologiczne [2]. Istnieje również możliwość zaszczepienia się przeciwko wirusowi HPV [6].

Cel pracy

Określenie wiedzy kobiet na temat profilaktyki nowotworów piersi i szyjki macicy oraz częstotliwości korzystania przez nie z badań profilaktycznych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w województwie opolskim w okresie od stycznia do marca 2015 roku. W badaniu udział wzięło 80 kobiet w wieku od 18 do 59 lat. Wykorzystano ankietę autorską, kwestionariusz składał się z 18 pytań oraz metryczki respondentki, a pytania dotyczyły częstotliwości korzystania z badań profilaktycznych przez respondentki oraz porad dotyczących profilaktyki nowotworów na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Wyniki

Ważną rolę w profilaktyce raka piersi i raka szyjki macicy odgrywa podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Głównym zadaniem w tym obszarze jest informowanie o możliwości wykonania bezpłatnych badań profilaktycznych u kobiet w określonym wieku oraz przypomnienie o konieczności zgłaszania się na wizyty do ginekologa. Jednak jedynie 20% (16) ankietowanych kobiet przyznało, że lekarz pierwszego kontaktu informował je o możliwości wykonania badań profilaktycznych. Z kolei 13,75% (11) respondentek potwierdziło, że lekarz POZ przypomina im o konieczności wykonywania badań ginekologicznych, natomiast 86,25% (69) – że temat ten nie był poruszany w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu.

Większość respondentek (66,25%, 53) przyznała, że co najmniej raz w roku zgłasza się do lekarza ginekologa. 32,50% (26) ankietowanych kobiet wykonuje badania raz do roku, 22,50% – raz na pół roku, a 11,25% (9) częściej niż raz na pół roku. Znacznie mniejszy odse-

tek kobiet biorących udział w badaniach zgłasza się do ginekologa raz na 2 lata lub rzadziej. Kobiet, które zadeklarowały, że nie zgłaszają się na wizyty do lekarza ginekologa, było 11,25% (9).

Z badań wynika, że 63,75% (51) respondentek wykonuje badanie cytologiczne szyjki macicy przynajmniej raz na 3 lata, w tym 28,75% kobiet (23) – odpłatnie, a 35% – w ramach bezpłatnego programu profilaktycznego. Były to kobiety w wieku od 25 do 59 lat. Z kolei 11,25% (9) respondentek nie wykonuje skryningu cytologicznego, bo nie mieszczą się w grupie wiekowej objętej bezpłatną profilaktyką. Dodatkowo 25% (20) kobiet przyznało, że nie wykonuje badań, mimo że te przystępują im bezpłatnie.

Z przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że 16,25% (13) kobiet wykonuje badanie mammograficzne co 2 lata. Ponad połowa respondentek (51,25%, 41) nie wykonuje badania mammograficznego, ponieważ nie znajdują się w grupie wiekowej objętej bezpłatną profilaktyką. Odpłatnie badanie mammograficzne wykonało 3,75% (3) badanych kobiet.

Mimo iż zdecydowana większość respondentek deklaruje, że potrafi przeprowadzić samobadanie piersi (96,25%, 77), regularnie wykonuje je 21,25% (17). Z kolei 20% (16) ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że wykonuje samobadanie co 2–3 miesiące, 32,50% (26) kobiet deklaruje, że próbowało wykonać samobadanie piersi kilka razy w życiu, a 26,25% (21) nigdy nie podjęło takiej próby. Zatem ponad połowa kobiet nie kontroluje piersi, mimo że deklaruje wiedzę na ten temat.

Dyskusja

Badania przeprowadzone przez CBOS (2002) [3] potwierdzają, że 46% kobiet zgłasza się do ginekologa przynajmniej raz w roku. W badaniach własnych uzyskano około 66% takich odpowiedzi. Inny wynik podaje Wdowiak i wsp. (2011) [7] – wizytę u ginekologa raz do roku lub częściej deklaruje 96% kobiet. Według badań przeprowadzonych przez CBOS (2002) [3] 80% kobiet potwierdza, że potrafi wykonać samobadanie piersi. Wyniki uzyskane przez Suszyńską i wsp. (2013) [4] wskazują, że 89% kobiet ma taką umiejętność. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że taką umiejętność deklaruje około 96% kobiet, ale jedynie jedna na pięć respondentek wykonuje samobadanie regularnie. Wyniki Suszyńskiej i wsp. (2013) [4] wskazują, że 32% kobiet regularnie korzysta z tego rodzaju profilaktyki, z kolei w raporcie CBOS (2002) [3] wykazano, że około 60% kobiet przeprowadza samokontrolę piersi przynajmniej raz na trzy miesiące.

Badania własne, jak i CBOS (2002) [3] wykazały, że większość kobiet deklaruje wykonywanie skryningowych badań cytologicznych w kierunku raka szyjki macicy. Respondentki biorące udział w badaniach Zimnowody i wsp. (2008) [2] to głównie kobiety poniżej 25 roku życia. Ta grupa wiekowa nie jest objęta bezpłatną profilaktyką, a mimo to 42,75% wykonuje badanie cytologiczne.

Badania własne potwierdziły brak wykorzystania potencjału podstawowej opieki zdrowotnej w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworów – większość badanych nie uzyskała porady w tym zakresie ze strony lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

Należy nasilić działania edukacyjne na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, ukierunkowane na udział pacjentek w badaniach profilaktycznych i samoopiekę w zakresie badania piersi.

Piśmiennictwo

1. Hirntle L. Zakażenia wirusem HPV – problem medyczny i społeczny. *Ginekol Prakt* 2009; 4: 8–12.
2. Zimnowoda M, Żurakowska D, Łuczak I. Świadomość młodych kobiet w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy. W: Steciwko A, Wojtał M, Żurakowska D, red. *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia* T. 1. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2008.
3. Centrum Badania Opinii Społecznej. Kobiety o profilaktyce raka piersi i raka szyjki macicy. Komunikat z badań [online] 2002 [cyt. 23.02.2015]. Dostępny na URL: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2002/K_057_02.PDF

Adres do korespondencji:

Patrycja Bul
Raszowa, ul. Podleśna 1
46-050 Tarnów Opolski
Tel. (+48) 694 661 751
E-mail: patrycja.bul@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 27.08.2015
Po recenzji: 12.09.2015
Zaakceptowana do druku: 13.09.2015

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

4. Suszyńska K, Kulik T, Pacian A. Ocena zachowań prozdrowotnych dotyczących profilaktyki raka piersi u kobiet w makroregionie lubelskim. *Med Og Nauki Zdr* 2013; 3(19): 370–374.
5. Prażmowska B, Puto G, Huras H. Czynniki wpływające na częstość wykonywania badania mammograficznego. *Med Og* 2010; 16(4): 474–483.
6. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markwitz E, red. *Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy, diagnostyka i leczenie*. Poznań: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne; 2008.
7. Wdowiak A, Bąk M, Lewicka M, et al. Opinie kobiet odnośnie przyczyn korzystania z porad lekarza ginekologa. *Med Og Nauki Zdr* 2011; 17(2): 71–74.

RZADKI PRZYPADEK CAŁKOWITEGO WYPADNIĘCIA NARZĄDU RODNEGO U PACJENTKI ZE WSPÓŁISTNIEJĄCĄ KAMICĄ MOCZOWĄ I WYNICOWANIEM ODBYTNICY – DIAGNOSTYKA, LECZENIE OPERACYJNE I PROBLEMY PIELEGNACYJNE

A rare case of patient with total uterine prolapse, coexistent bladder calculi and rectal prolapse – diagnosis, surgical treatment and nursing challenges

DOROTA NOWAK^{A,B,D–F}

Oddział Ginekologii,
Centrum Ginekologii, Potoźnictwa i Neonatologii
w Opolu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Całkowite wypadnięcie narządu rodnego z punktu widzenia biologicznego, jak i społecznego, należy uznać za pewnego rodzaju kalectwo. Dlatego dąży się do usunięcia tego powikłania, co należy uznać za postępowanie rehabilitacyjne. Odczuwane dolegliwości przyczyniają się do obniżenia jakości życia, a schorzenia współistniejące dodatkowo pogarszają stan zdrowia. Skłania to do zastosowania dodatkowej specjalistycznej diagnostyki i znacznego rozszerzenia zakresu operacji.

Cel pracy: Prezentacja przypadku całkowitego wypadnięcia macicy z rzadko występującymi schorzeniami układu moczowego i dolnego odcinka układu pokarmowego.

Materiał i metody: Opisano przypadek 56-letniej chorej zakwalifikowanej do usunięcia macicy i kamieni moczowych drogą brzuszną. Dokonano obserwacji, analizy dokumentacji, przeprowadzono wywiad, pomiary oraz realizowano zalecenia lekarskie i pielęgniarskie.

Słowa kluczowe: wypadnięcie macicy, kamica pęcherza moczowego, wynicowanie odbytnicy

Opis przypadku: Pacjentka przygotowywana była do operacji usunięcia macicy drogą brzuszną, którą poprzedziły: diagnostyka laboratoryjna, obrazowa, kontrastowa, badania ginekologiczne, konsultacje specjalistyczne, antybiotykoterapia, wyrównanie niedoborów, terapia przeciwoleżynowa macicy. Podczas operacji urolog po otwarciu pęcherza moczowego usunął mniejsze kamienie, a po powiększeniu nacięcia – większe konkrementy. Następnie ginekolog usunął macicę z przydatkami. Pozostawiono drenaż ssący z zatoki Douglasa i przedniej ściany pęcherza moczowego. Stan pacjentki po operacji był dobry, a przebieg pooperacyjny powikłany nietrzymaniem moczu i okres rekonwalescencji wydłużony.

Wnioski: Operacja przebiegła pomyślnie. Działania o charakterze holistycznym, opieka pielęgniarska, mająca na celu rozpoznawanie i zaspakajanie potrzeb biopsychospołecznych, a także przygotowanie pacjentki do samoopieki, przyczyniły się do poprawy zdrowia i polepszenia jakości życia.

SUMMARY

Background: Total uterine prolapse should be regarded as a disability both from the medical and social point of view. Therefore, any attempt to remove the disability should be considered as a form of medical rehabilitation. The symptoms coexisting with the disorder impair the quality of the patient's life and their overall health condition. That is why, additional diagnostic tests and improved surgical procedures are taken under the account.

Aim of the study: The aim of this paper is to present the case of the total uterine prolapse which coexisted with rare urinary and gastrointestinal tracts' complications.

Material and methods: The case presented in the paper is a 56-year-old female patient qualified for the abdominal hysterectomy and simultaneous removal of the bladder calculi during the laparotomy. Her medical history was collected and the analysis of her medical records, biophysical data and nursing reports was carried out.

Case report: The patient was prepared for the abdominal hysterectomy. The surgery was preceded by blood tests, contrast

Keywords: uterine prolapse, cystolithiasis, rectal prolapse

radiographic imaging, ultrasound imaging and an interdisciplinary meeting. Moreover, the vaginal anti-sore therapy was introduced and biochemical disturbances were managed. During the surgery, surgical incision of the bladder was performed and several small calculi were evacuated. Widening of the incision and removal of the giant stone followed. Then, complete hysterectomy was performed by a gynaecologist. The suction drainage was left in the retro-uterine pouch and anterior vesicle wall. The patient's clinical condition after the surgery was good. The post-operative period was disturbed by urinary incontinence and therefore, the rehabilitation period was prolonged.

Conclusions: The surgery was successful. The holistic approach and nursing care concentrated on fulfilling the patient's physical and psycho-social needs which has resulted in the improvement of both the patient's quality of life and her overall physical condition.

(PU-HSP 2015; 9, 3: 26–30)

Wstęp

W kazuistycznych opisach literatury medycznej rzadko spotyka się współistnienie kilku schorzeń narządów dna miednicy mniejszej [1–3]. Bliskie położenie anatomiczne narządu rodowego i moczowego, wspólne unaczynienie i unerwienie mogą wpływać na wiele zmian chorobowych w obu układach. Całkowitemu obniżeniu narządu rodowego towarzyszy prawie zawsze obniżenie przedniej ściany pochwy, odbytnicy i dna pęcherza moczowego razem z trójkątem pęcherza [3–5]. Niewielki spadek napięcia tkanki łącznej w obrębie narządów miednicy mniejszej może powodować dolegliwości uroginekologiczne: upośledzenie opróżniania pęcherza moczowego, stany zapalne w następstwie zalegania moczu [6,7].

Wypadanie narządów płciowych zwykle pojawia się lub ulega znacznemu nasileniu w okresie menopauzy. Jest to uwarunkowane różnymi czynnikami oraz klimakteryczną atrofią tych narządów. Całkowite wypadnięcie macicy charakteryzuje się jej zupełnym obniżeniem do tego stopnia, że pokryta wyciowanymi ścianami pochwy szyjka i trzon macicy znajdują się poniżej przedsionka pochwy [6,8].

Ucisk i zniekształcenie pęcherza moczowego przez przemieszczoną macicę mogą być przyczyną nietrzymania moczu (przy obniżeniach) lub jego zalegania (przy wypadaniu). Prowadzi to do zakażenia dróg moczowych, zalegania moczu i tworzenia się kamieni moczowych [4]. Usuwanie kamieni pęcherzowych odbywa się drogą przezcewkową lub operacyjną [9].

Wypadnięcie odbytnicy polega na wyciowaniu i przejściu przez kanał odbytu błony śluzowej odbytnicy bezpośrednio w skórę otaczającą odbyt. Wypadnięcie odbytu i odbytnicy obserwuje się częściej u kobiet. Przyczyną może być wrodzone i nabyte rozluźnienie więzadeł odbytniczo-krzyżowych, mięśnia dźwigaacza odbytu oraz otaczających tkanek. Wypadnięcie przebiega często bez dolegliwości. Po oddaniu stolca wypadnięcie odbytu cofa się początkowo samoistnie, później wymaga ręcznego odprowadzenia. Z wypadaniem odbytnicy często występuje wypadanie macicy, pochwy oraz dolegliwości układu moczowego. Wyle-

czenie można osiągnąć jedynie dzięki postępowaniu chirurgicznemu [3].

Coraz większe możliwości technik operacyjnych umożliwiły przeprowadzenie podczas jednej operacji zabiegu na dwóch narządach. W przypadku wystąpienia innych schorzeń w miednicy mniejszej może zaistnieć uzasadnienie wykonania laparotomii wycięcia macicy i podwieszenia kikuta pochwy do więzadeł krzyżowo-kolcowych [10].

Opisywane zagadnienie ujęłam w aspekcie uroginekologicznym, wykorzystując doświadczenie zawodowe zdobyte podczas pracy na oddziale ginekologii septycznej oraz na oddziale pooperacyjnym ginekologii aseptycznej. Swoje spostrzeżenia i wnioski omawiałam ze współpracownikami, co pozwoliło mi usystematyzować wiedzę na ten temat. Dzięki temu dokładnie zapoznałam się z tak rzadkim schorzeniem.

Cel pracy

Celem pracy jest prezentacja rzadkiego przypadku wystąpienia całkowitego wypadnięcia narządu rodowego ze współistniejącą kamicą pęcherza moczowego. Przedstawienie metod diagnostycznych pozwoliło ustalić ostateczną diagnozę, a co za tym idzie – dobrać odpowiednią metodę leczenia operacyjnego i zapewnić profesjonalny proces pielęgnacji.

Materiał i metody

Podmiotem jest podopieczna hospitalizowana z powodu całkowitego wypadnięcia macicy ze schorzeniami współistniejącymi. W opisie przypadku wykorzystano następujące metody: obserwację, analizę dokumentacji, wywiad, pomiary, realizację zaleceń lekarskich. Obserwacja pielęgniarska dotyczyła różnych czynników i miała charakter holistyczny. Za zgodą ordynatora uzyskano informacje z historii choroby i całej dokumentacji medycznej prowadzonej w oddziale oraz te związane z interpretacją wyników badań. Przeprowadzono wywiady z pacjentką i jej rodziną, a także z lekarzami podczas wykonywania czynności medycznych.

Regularne pomiary parametrów życiowych przyczyniły się do oceny ogólnego stanu pacjentki.

Przez cały okres hospitalizacji pacjentki personel z uwagą i zaangażowaniem uczestniczył w procesie jej leczenia i pielęgnacji. Rozpoznawał potrzeby i realizował zadania pielęgnacyjne, postrzegał chorą jako jednostkę biopsychospołeczną i przyczynił się do zakończenia terapii i pobytu pacjentki w szpitalu.

Opis przypadku

56-letnia pacjentka przyjęta została na oddział ginekologii septycznej z całkowitym wypadnięciem macicy w celu diagnostyki i leczenia operacyjnego. Przeprowadzono wywiad ginekologiczny (ostatnia miesiączka – dwa lata temu; liczba porodów – 1, o czasie, siłami natury; nie ronita), na podstawie którego uzyskano informacje o braku przyczyn całkowitego wypadnięcia macicy. Wypadnięcie narządu rodnego istniało od trzech lat. Z powodu bólu w podbrzuszu i bezwiednego oddawania moczu pacjentka zgłosiła się do ginekologa.

Na podstawie wywiadu ogólnego stwierdzono, że stan ogólny pacjentki jest dobry, a parametry życiowe w normie. Jest szczupła, jej powłoki skórne są blade, skarży się na wzdęcia i bóle podbrzusza. Pacjentka stosuje pampersy z powodu bezwiednego oddawania moczu. Podczas pomocy w wymianie pampersa widoczna jest całkowicie wypadnięta macica z widocznymi odległościami na ścianie przedniej i tylnej. Wcześniej pacjentka stosowała okłady z rivanolu. Stan emocjonalny chorej określono jako dobry, pomimo oznak skrzepowania.

Podczas badania ginekologicznego wewnętrznego zaobserwowano przed szparą sromową wypadniętą macicę (wielkości główki noworodka) z obiema ścianami pochwy. W części górnej nad trzonem zauważono i zbadano twardy guz wielkości pięści, część pochwy stożkowata, ujście okrągłe, w ujściu widoczny polip wielkości ziarna pieprzu. Na tylnej ścianie w 2/3 powierzchni widoczna była jasnoczerwona odleżyna. Przy próbie odprowadzenia macicy stwierdzono wyciek treści ropnej z cewki moczowej oraz wynicowanie odbytnicy. Opisany guz nie pozwalał na skuteczne odprowadzenie wypadniętej macicy. Wykonano badania laboratoryjne, a ich wyniki mieściły się w granicach normy.

USG jamy brzusznej i nerek pozwoliło uzyskać następujące informacje: macica wielkości 6 x 7 cm, endometrium linijne, przydatki niewidoczne; pęcherz moczowy o nieregularnych obrysach z hyerechogenicznym echem, nie stwierdzono obecności moczu; nerki z obustronnie poszerzonym układem kielichowo-miedniczkowym (UKM 9 x 4 cm).

Po zapoznaniu się z wynikami badań pacjentkę zakwalifikowano do zabiegu odprowadzenia macicy w znieczuleniu ogólnym. Podczas operacji w pozycji do litotomii odprowadzono kolejno guz okolicy trzonu, trzon oraz szyjkę i ściany pochwy, a następnie wynicowany odbył. Do pochwy założono dwa tampony z estriolem i podjęto nieudaną próbę wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego.

Po zabiegu pacjentka była w stanie ogólnym dość dobrym, nie wskazywała dolegliwości, oddawała bezwiednie mocz, jej brzuch był miękki niebolesny, stolec oddawała. Nie stwierdzono krwawienia z dróg rodnych.

Podczas weekendu nastąpił wzrost temperatury ciała (39,5°C), zlecono więc antybiotyk – Dalacin C 3 x 600 mg iv. Pacjentka była ostabiona, zaobserwowano bladeść powłok skórnych, brzuch miękki niebolesny, brak krwawienia z dróg rodnych, tętno w granicach normy. Zlecono przygotowanie do urografii, a po jej wykonaniu konsultację internistyczną i diagnostykę laboratoryjną.

Konsultacja urologiczna pozwoliła stwierdzić, że nerki są słabo wydzielające, moczowody nie kontrastują się, a w miednicy mniejszej widoczny jest słabo skonstruktowany twór (niewykluczony nowotwór pęcherza moczowego lub kamica pęcherza moczowego). Zalecono założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy. Samopoczucie pacjentki było dość dobre, nie gorączkowała, nie wskazywała dolegliwości, mało chodziła, jej brzuch był miękki, niebolesny, a sptywający mocz czysty. Wdrożono przygotowanie do operacji usunięcia drogą brzuszną macicy wraz ze współistniejącymi kamieniami moczowymi, po wyrównaniu niedoborów i zakończeniu terapii przeciwoleżynowej wypadniętej macicy.

W znieczuleniu nadoponowym otwarto jamę brzuszną cięciem podłużnym w linii środkowej ciała, od spojenia łonowego do pępka. Po odizolowaniu górnej połowy jamy otrzewnowej kompresami gazowymi stwierdzono, że nad spojeniem łonowym występuje badany nieruchomy guz wielkości główki noworodka, wchodzący dolnym biegunem za spojenie i do zatoki Douglasa. Macica pod guzem była niepowiększona, a przydatki obustronne bez zmian. Nacięto wyżej opisany guz (urolog) i poprzez dokładne preparowanie zapalnie zmienionych tkanek otwarto pęcherz moczowy, usuwając cztery konkrementy o średnicy 3,5 cm oraz – z dużymi trudnościami po powiększeniu nacięcia pęcherza moczowego – usunięto konkrement o wymiarach 10 x 8 cm. Po wewnętrznej toalecie pęcherza moczowego zamknięto go dwuwarstwowo szwami pojedynczymi, węzłkowymi. W okolicy zatoki Douglasa pozostawiono dwulufowy dren plastikowy. Uchwycono (ginekolog) oba rogi macicy w mocne klemy, a następnie kolejno obustronnie podkuto, podwiązano i przecięto więzadła lejkowe – miedniczne i obłe. Następnie w asyście urologa otwarto anatomicznie zmieniony przedni załamek i pęcherz moczowy, częściowo na ostro, a częściowo na tępo, zsunięto ku dołowi.

Po uwidocznieniu obu wiązek naczyń maciczych uchwycono je w mocne krzywe klemy, po czym przecięto, odkuto i podwiązano. Po założeniu dodatkowych okłuc na przymacicza boczne otwarto przednie sklepienie pochwy. Macicę z przydatkami odcięto od pochwy, której kikut zeszyto pojedynczymi szwami na głucho. Po toalecie jamy otrzewnowej założono na kikuty więzadeł podwiązki zabezpieczające. Kikut pochwy podwieszono wysoko do więzadeł obtych. Pozostawiono drenaż ssący z zatok Douglasa oraz okolicy przedniej ściany pęcherza moczowego. Jamę brzuszną zamknięto 5-warstwowo na głucho. Stan pacjentki po operacji określono jako dobry.

Przebieg okresu pooperacyjnego i opieka nad pacjentką po operacji

We wczesnych dobach po operacji opieka pielęgniarska obejmowała działania mające na celu niwe-

lącję bólu pooperacyjnego, obserwację parametrów życiowych, pielęgnację rany pooperacyjnej, podawanie płynów dożylnie, obserwację diurezy. W kolejnych dobach wprowadzono stopniowo uruchamianie, stosowano dietę pooperacyjną, usunięto drenaż z zatoki Douglasa i leczono powierzchowny stan zapalny rany. Zaobserwowano powrót perystaltyki jelit. Utrzymano dren wyprowadzony z pęcherza moczowego i cewnik Foleya. Wdrożono miejscowe leczenie niewielkiej infekcji dolnej części rany oraz monitorowano proces jej gojenia. W dalszych dobach usunięto etapami szwy z rany brzucha, zakończono antybiotykoterapię, usunięto cewnik Foleya i dren z pęcherza moczowego. Przez cały okres hospitalizacji edukowano podopieczną w zakresie przestrzegania zasad higieny ciała, diety i aktywności ruchowej. Wspierano ją i motywowano do wykonywania ćwiczeń Kegela.

Badanie wewnętrzne pozwoliło zauważyć dużego stopnia obniżenie tylniej ściany pochwy, kikut pochwy był wysoko podwieszony w jamie brzusznej. Nie stwierdzono nieprawidłowości anatomicznych w obrębie miednicy mniejszej. W czasie badania występowało bezwiednie oddawanie moczu. Leczenie zgodne z kartą zleceń.

Pacjentka w 27. dobie po operacji została zakwalifikowana do wypisu w stanie ogólnym dobrym. Nie zgłaszała dolegliwości bólowych, perystaltyka jelit była zachowana. Nadal utrzymywało się bezwiedne oddawanie moczu. Stwierdzono, że powierzchowne rozejście się rany w dolnym biegunie, na długości 3 cm, nie kwalifikuje się do wtórnego szycia powłok skórnych. Z powodu wypadania odbytu zalecono dalsze leczenie w poradni proktologicznej. Ponadto skierowano pacjentkę na oddział chirurgii w celu założenia siatki odtwarzającej dno miednicy matej.

Dyskusja

W zebranych materiale potwierdza się wniosek o braku powiązania co do urologicznych przyczyn wypadania macicy [1–3,11–14]. Wypadaniu przedniej ściany pochwy czy macicy towarzyszy najczęściej zmiana położenia pęcherza moczowego, tworzy się jego uchyłek pochwoy, w którym może dochodzić do zakażenia i zalegania moczu. Etiologia kamicy moczowej nie została ostatecznie określona. Wśród czynników ryzyka wymienia się wspomniane infekcje i przewlekły zastój moczu [1,2,7,10]. W przedstawionym materiale wykazano konieczność przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki pęcherza moczowego przed doбором

metody operacji uroginekologicznej związanej z wypadaniem macicy [1,2,11–14]. W opisywanym przez mnie przypadku potwierdzono, iż kamienie moczowe uniemożliwiały odprowadzenie pochwy i macicy [11–13]. Zabieg operacyjny należy wykonywać dwuetapowo: najpierw usuwa się kamienie moczowe drogą przezpochwową [11,13,14]. W innym przypadku wykonano endoskopowe kruszenie kamieni [2]. Natomiast wypadniętą macicę usuwa się drogą pochwową [1,2,11,13,14]. Opisano również usunięcie kamieni otwartą cystolitotomią w trakcie brzusznej procedury nietrzymania moczu [12]. W zaprezentowanym przez mnie rzadkim przypadku zastosowano odmienną metodę usunięcia kamieni pęcherza moczowego i wypadniętej macicy. Zabieg pomyślnie przeprowadzono drogą laparotomii.

Wnioski

1. Przedstawione schorzenie, jakim było całkowite wypadnięcie macicy, po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki kwalifikowało się do operacji drogą brzuszną.

2. Zabieg usunięcia macicy i kamieni moczowych drogą brzuszną przebiegł pomyślnie. Trudności nastręczało usunięcie dużego kamienia moczowego o wymiarach 8 × 10 cm. Pozostałe, o średnicy 3,5 cm, wydobyto bez problemów. Stan pacjentki po operacji był dobry.

3. Okres pooperacyjny nie przebiegał w sposób całkowicie prawidłowy. Po usunięciu cewnika Foleya u pacjentki występowało bezwiedne oddawanie moczu, a po usunięciu drenów zaobserwowano w dolnym biegunie rany miejscową infekcję.

4. Trening pęcherza moczowego – ćwiczenia Kegela – zmniejszył nieprzyjemne powikłanie, a po zastosowaniu krótkiej terapii miejscowej powierzchowne rozejście się brzegów rany nie kwalifikowało się do wtórnego szycia powłok skórnych.

5. Po zakończeniu leczenia pacjentka skierowana została na oddział chirurgii w celu założenia siatki odtwarzającej dno miednicy matej.

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Właźlak E, Surkont G, Dunicz-Sokołowska A, Cichińska A, Wieszczycka A, Sobieszko D, Stetkiewicz T, Suzin J. Mnoga kamica pęcherza moczowego – rzadka przyczyna pęcherza nadreaktywnego po operacji korygującej zaburzenia statyki narządu płciowego. *Prz Menopauz* 2007; 4: 244–245.
2. Pilch M, Pawłowicz R, Chojak Z. Całkowite wypadnięcie macicy przyczyną ciężkich powikłań urologicznych. *Urol Pol* 1987; 40(3): 217–220.
3. Kościński T. *Choroby struktur dna miednicy*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2006.
4. Goeschen K, Petros PP. *Uroginekologia zabiegowa w świetle Teorii Integralnej. Anatomia czynnościowa, diagnostyka i leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Biofolium; 2009.
5. Psyhyrembel W, Strauss G, Petri E. *Ginekologia Praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994.
6. Bręborowicz GH. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Rechberger T. *Uroginekologia praktyczna*. Lublin: Biofolium; 2007.
8. Panay N, Dutta R, Rayn A, Broadbent JAM. *Położnictwo i ginekologia*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2006.



9. Borkowski A. *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
10. Borówka A. *Wykłady z urologii*. Tom 3. Lublin: Polskie Towarzystwo Urologiczne; 2005.
11. Dahiy P, Gupta A, Sangean K. Multiple bladder calculi: a rare cause of irreducible uterine prolapse. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275 (5): 411–412. Epub 2006 Nov 14.
12. Wai CY, Margulis V, Baugh BR, Schaffer JI, Multiple vesical calculi and complete vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189(3): 884–885.
13. Hudson CO, Sinno AK, Northington GM, Galloway NT, Karp DR. Complete transvaginal surgical management of multiple bladder calculi and obstructed uterine procidentia. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014; 20 (1): 59–61.
14. Washington B, Hines B, Stonburg S. Bladder calculi presenting as complete procidentia. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19(1): 157–159.

Adres do korespondencji:

mgr Dorota Nowak
ul. Próżkowska 7/17
45-710 Opole
Tel. (+48) 880 756 075
E-mail: dora.n68@wp.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 17.07.2015

Po recenzji: 29.07.2015

Zaakceptowana do druku: 30.07.2015

MASAŻ SHANTALA – CHARAKTERYSTYKA I SPOSÓB WYKONANIA

Shantal massage – description and implementation method

IWONA WILK^{A,B,D,E,F}

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej,
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania | study design, **B** – zbieranie danych | data collection, **C** – analiza statystyczna | statistical analysis, **D** – interpretacja danych | data interpretation, **E** – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, **F** – opracowanie piśmiennictwa | literature search, **G** – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Masaż pozytywnie wpływa na organizm człowieka, niezależnie od wieku. Wspomaga pracę serca, układu oddechowego i odporność organizmu. W masażu poprzez dotyk stymulujemy receptory czucia powierzchniowego zlokalizowane w skórze i dzięki temu możemy zainicjować rozwój motoryki dziecka. Rodzice powinni wykonywać masaż Shantala, ponieważ w prosty sposób mogą wspomóc prawidłowy rozwój swojego dziecka. Prezentowany w artykule rodzaj masażu polega na stosowaniu wyłącznie techniki głaskania powierzchniowego na poszczególnych częściach ciała, które masuje się w odpowiedniej kolejności, we właściwym kierunku i w określonym tempie. Ruchy są proste i łatwe do odtworzenia dla rodzica.

Słowa kluczowe: masaż, masaż Shantala, dzieci

Masaż Shantala wykonywany systematycznie i prawidłowo pozytywnie oddziałuje na psychikę dziecka. Uspokaja, ułatwia zasypianie, zmniejsza objawy kolki. Przede wszystkim pomaga w wytworzeniu więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem, dając poczucie bezpieczeństwa i wsparcia. Cechą charakterystyczną tego rodzaju masażu jest fakt, iż odbiorca, czyli dziecko, i wykonawca, czyli rodzic, czerpią pozytywne doznania płynące z dotyku i bliskości. Masaż umożliwia obu stronom wyciszenie, uspokojenie i chwilę relaksu.

SUMMARY

A massage has a positive influence upon human body irrespective of age. It supports the activity of the heart, respiratory system and body immunity. During the massage the superficial skin receptors are stimulated by the touch, therefore, it enables us to initiate physical development of a child. Parents should perform the Shantal's massage as it can help their children grow correctly. The massage presented in the study involves superficial, gentle stroking applied to specific parts of the body in the appropriate sequence, correct direction and speed. The moves are easy to repeat for any parent. The Shantal's massage performed correctly and systematically influences a child's psychological growth, too. It soothes the spirit, makes falling asleep easier and relieves the colic pain in children. What is more, it creates positive family ties and the feeling of safety. Both a parent and a child benefit from being close to each other and the intimacy which enables them to relax and calm down during the day.

Keywords: massage, Shantal's massage, children

(*PU-HSP* 2015; 9, 3: 31–36)



Wstęp

Masaż stosowany u dzieci wpływa na wiele procesów fizjologicznych i odgrywa istotną rolę w kształtowaniu i rozwoju młodego organizmu. Wspomaga pracę układu krążenia, odpornościowego i oddechowego [1]. Powoduje zwiększenie wydzielania hormonu wzrostu, usprawnienie procesu wchłaniania i przyswajania substancji odżywczych oraz uspokojenie i wyciszenie układu nerwowego [1,2]. Masaż opiera się na działaniach stymulowanych poprzez dotyk. To podstawowe ogniwo odbioru i przekazywania bodźców [3]. Doznania czuciowe z tym związane odbierane są poprzez skórę, która jest największym organem percepcji ciała. To właśnie od sprawności percepcji skóry, pośrednio uzależniony jest prawidłowy rozwój dziecka [4–7]. Odpowiednio stymulowane receptory, zlokalizowane w obrębie palców i dłoni, warunkują rozwój umiejętności dotykania i chwytania. Prawidłowa wrażliwość w zakresie czucia dotyku na dużych powierzchniach ciała, np. na brzuchu, warunkuje właściwy rozwój umiejętności ruchowych takich jak: obrót z pleców na brzuch, leżenie na brzuchu czy raczkowanie [1,8].

Jednym z rodzajów masażu stosowanym u dzieci jest masaż Shantala. Wpływa on pozytywnie zarówno na masowane dziecko, jak na masujące je osoby. U dziecka przede wszystkim rozwija zmysł dotyku, relaksuje, wycisza, uspokaja, ułatwia zasypianie, koi ból. Rodzic natomiast odczuwa spokój, wytchnienie, relaks i pewność siebie w pełnieniu roli opiekuna i przewodnika [9,6]. Ponadto, dla odbiorcy masażu zabieg jest źródłem bodźców stymulujących pracę receptorów czucia powierzchniowego i głębokiego [5,6]. Masującym daje wiedzę o stanie czynnościowym tkanek i pozwala na ich ocenę [3].

Frederick Leboyer, francuski lekarz, był pierwszym, który opisał tradycyjną indyjską technikę masażu, zwaną później masażem Shantala. Podczas podróży po Indiach pewnego dnia zobaczył siedzącą na ulicy hinduską kobietę, miała ona położone na nogach niemowlę, które głaskała. Zaobserwował, że po chwili głaskania przeraźliwie płaczące dziecko uspokoiło się. Zobaczył w tych prostych ruchach miłość, bliskość, ciepło, oddanie, czułość, wielkie uczucie wyrażone dotykiem. Dotykami spokojnym, łagodnym, powolnym, harmonijnym, delikatnym. Później pisał: „Być noszonym, kotysanym, trzymanym, głaskanym, masowanym to pokarm równie ważny jak witaminy, proteiny, sole mineralne” [9].

Masaż Shantala jest szeroko znany i stosowany w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych. Na terenie Europy szczególnie popularny jest w Holandii [10]. Nie jest zabiegiem terapeutycznym, a jedynie środkiem wspomagającym kształtowanie prawidłowego środowiska rozwojowego. Stanowi formę kontaktu poprzez dotyk, pozwala na lepsze poznanie zachowań i reakcji dziecka, umożliwia wytworzenie więzi emocjonalnej, buduje wzajemne relacje [6]. Rodzicowi daje poczucie pewności siebie i świadomość, że tak niewielki wysiłek może zrobić tak wiele dla rozwoju i przyszłości dziecka [5]. Masaż Shantala jest przykładem, iż zabieg masażu nie musi składać się z trudnych technik, skomplikowanych i złożonych metodyk, wystarczy delikatne głaskanie, aby uzyskać pozytywny wpływ na mały organizm.

Celem pracy jest propagowanie wśród rodziców idei stosowania masażu Shantala i motywowanie ich do podjęcia się masowania swoich dzieci.

Zasady i sposób wykonywania masażu

Miejsce i warunki zabiegu

Aby masaż miał pozytywny wpływ na dziecko, należy zapewnić odpowiednie warunki do jego wykonania. Przede wszystkim wskazany jest komfort cieplny – temperatura pomieszczenia powinna wynosić 23°C. Kolejnym krokiem jest wybór odpowiedniego miejsca do jego przeprowadzenia. Warunki te najlepiej spełnia podłoga lub materac. Podczas wykonywania masażu nieodłącznym jest wykluczenie czynników mogących zaburzać jego przebieg (tj. obecność innych dzieci, hałas, głośnie muzyka). Należy również wybrać odpowiednią porę, tak aby była dostosowana do rytmu okołodobowego dnia dziecka (podczas masażu dziecko nie może być głodne ani nadmiernie najedzone). Masażu nie wykonuje się w porze kąpieli, karmienia ani w przypadku zmęczenia czy rozdrażnienia dziecka. Czas trwania pierwszych zabiegów jest krótki. Rozpoczyna się od opracowania jednej części ciała przez 8–10 minut. Natomiast po dłuższym stosowaniu zabiegów można masować całe ciało w czasie 25–30 minut. Masaż można wykonywać codziennie lub co drugi dzień. Niemowlę jest masowane bez ubrania, natomiast starsze dzieci – w pieluszcze lub majteczkach [9–11]. Wskazane jest, aby środek poślizgowy stosowany w masażu był antyalergiczny i naturalny (np. olejek kokosowy, olejek z migdałów, oliwka stosowana do pielęgnacji ciała dziecka) [1,10]. W trakcie zabiegu można wstuchiwać się w spokojną, łagodną muzykę. Pozwala ona wykonawcy poczuć atmosferę relaksu, prowadzić ruchy zgodnie z muzyką, zachowując odpowiednie tempo i rytm, nadając łagodności i delikatności wykonywanym gestom [10].

Techniki stosowane w masażu

W masażu Shantala główną techniką jest głaskanie powierzchniowe, które powoduje odkształcanie sprężyste jedynie naskórka i warstwy brodawkowatej skóry właściwej wraz z włosami leżącymi na jej powierzchni. Dlatego też ruchy wykonywane w trakcie masażu powinny być delikatne, płynne, powolne, naprzemiennie i przyzwyczajając do dotyku przy zachowaniu ciągłego kontaktu z masowanym ciałem. Wskazane jest rytmiczne wykonywanie ruchów i wielokrotne ich powtarzanie, ok. 7–9 razy. Kierunek ruchu jest odmienny, w zależności od masowanej części ciała. Pozycją wyjściową do wykonywania masażu jest siad prosty. Dziecko układa się na pleckach z lekko odwiedzionymi nóżkami, twarzą do masującego, na jego kończynach dolnych. Podczas wykonywania masażu kończyn ruch prowadzi się od części proksymalnych do części dystalnych. Na klatce piersiowej obowiązuje kierunek od środka mostka na boki, a na brzuchu zgodnie z przebiegiem jelita grubego i mięśnia prostego brzucha. Grzbiet masuje się po obu stronach kręgosłupa, od potylicy w kierunku pośladków i kończyn dolnych. Na twarzy wybiera się kierunek od linii pośrodkowej do skroni i ucha (na boki). Ręce masują-

cego mają być rozluźnione, jak podkreśla autor książki *Shantala – tradycyjna sztuka masażu*, jest to możliwe tylko wtedy, gdy oddech będzie miarowy, zrównoważony i spokojny, tylko to pozwoli uzyskać harmonię ruchu właściwą dla masażu [9].

Na kończynach górnych i dolnych wykonuje się charakterystyczny dla tego rodzaju masażu ruch zwany „obrączkowym” lub chwytem „dojenia” (tzn. jest to chwyt cylindryczny ramienia dziecka wykonany oburącz; z przesuwaniami dłoni masującego od części proksymalnych do części dystalnych). Na kończynach stosuje się również techniki przypominające wykonywanie „pokrzywki” lub „dokręcanie śruby” (chwyt cylindryczny uda dziecka wykonywany oburącz w połączeniu z ruchem obrotowym prowadzonym od części proksymalnych do części dystalnych: jednocześnie jedną dłoń w prawo drugą w lewo) [10,11]. Nazewnictwo wyżej wymienionych ruchów nie jest typowym i charakterystycznym dla masażu Shantala, wynika raczej z chęci zobrazowania ruchów wykonywanych podczas zabiegu. W dostępnej literaturze z tego zakresu stosowane są jeszcze inne nazwy, np. ruchy wykonywane na powłokach brzusznych opisywane są przy użyciu sformułowań typu: „I love you” czy „Zorro” [10]. Należy podkreślić, iż Frederick Leboyer w swojej książce nie używał żadnych specjalistycznych nazw, autor chciał ukazać przede wszystkim prostotę ruchu i nie zamierzał nadawać temu, co widział i opisywał, miana wielkiego zabiegu [9].

Wskazania

Masaż Shantala przeznaczony jest przede wszystkim dla zdrowych dzieci jako forma profilaktyki. Wykorzystywany jest także u dzieci chorych jako zabieg wspomagający proces rehabilitacyjno-terapeutyczny [5]. Wtedy stanowi część przygotowawczą do terapii specjalnych, stosowanych w procesie usprawniania.

Przeciwwskazania

W masażu Shantala, tak jak w każdym innym masażu, występują przeciwwskazania do wykonywania zabiegu. Nie wykonuje się go u dzieci z rozpoznaniem zmian chorobowych tkanki skórnej o podłożu infekcyjnym (paciorkowcowym), dziedzicznym (rybia łuska), alergicznym (atopowe zapalenia skóry), grzybiczym, wirusowym czy nowotworowym. Wśród przeciwwskazań wymienia się również choroby układu oddechowego, stan podgorączkowy i gorączkę, dysplazję stawów biodrowych i limfadenopatię, stany zapalne są także przeciwwskazaniem do wykonywania zabiegu [1,11].

Metodyki masażu

Metodyka masażu Shantala obejmuje opracowanie w odpowiedniej kolejności: klatki piersiowej, kończyn górnych, powłok brzusznych, kończyn dolnych w pozycji leżenie tyłem (na plecach). Następnie opracowanie grzbietu w pozycji leżenie przodem (na brzuchu) i na końcu opracowanie twarzy w pozycji leżenie tyłem [9–11].

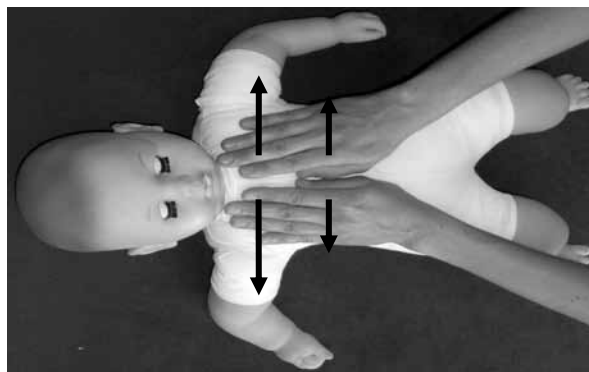
Szczegółowa metodyka w masażu Shantala

Na klatce piersiowej wykonujemy:

- głaskanie, tzw. „otwieranie książki” – są to ruchy prowadzone od środka klatki, od mostka na boki ciała, oburącz jednocześnie (rycina 1),
- głaskanie, tzw. „ruch skrzyżny” – ruch rozpoczyna lewa ręka, przemieszczając się od lewej strony żeber do prawego barku. Prawa dłoń analogicznie podąża od prawej strony żeber do lewego barku (rycina 2).

Na kończynie górnej wykonuje się:

- głaskanie powierzchniowe od barku do dłoni, chwytem cylindrycznym, obejmującym – chwytamy ramię dziecka i przesuujemy w kierunku palców w linii prostej,
- głaskanie chwytem cylindrycznym, obejmującym – chwytamy ramię dziecka i bardzo delikatnie wykonujemy ruchy jedną ręką w prawo, drugą w lewo (to powinno odpowiadać ślizganiu się dłoni po ciele) (rycina 3),



Rycina 1. Głaskanie „otwieranie książki”



Rycina 2. Głaskanie „ruch skrzyżny”



Rycina 3. Głaskanie „chwyt cylindryczny”

- głaskanie wykonywane kciukiem strony dłoniowej ręki dziecka,
- głaskanie każdego paluszka dziecka w kierunku paliczek dalszych wszystkimi swoimi płacami, tzw. „ruch ściągania pierścionków”. Ruch może być zakończony lekkim uciskiem paliczka dalszego każdego palca (rycina 4).

Opracowanie powłok brzusznych obejmuje wykonanie:

- głaskania, dłoń za dłoń od linii mostka do spojenia łonowego, płynnie, delikatnie (dłoń ułożona poprzecznie) (rycina 5),
- głaskania przednią powierzchnią przedramienia, od żeber w kierunku spojenia łonowego w linii prostej,
- głaskania typu „Zorro”, w kształcie litery „z”, przedramię ułożone jw. – masaż rozpoczynamy od linii żeber w kierunku spojenia łonowego, ale tym razem ruch prowadzony jest od strony prawej na lewą, następnie z lewej po skosie na prawą i ponownie na dolnej części brzucha z prawej na lewą,
- głaskania typu „I love you” – wykonujemy stroną dłoniową ręki, rozpoczynamy od prawego dołu biodrowego i podążamy do prawego podżebrza, powtarzając tę czynność trzykrotnie. Następnie ruch rozpoczynamy od prawego podżebrza i kierujemy się do lewego podżebrza (powtarzamy trzykrotnie) oraz prowadzimy ruch od lewego podżebrza do lewego dołu biodrowego (również powtarzamy). Na koniec łączymy składowe ruchy wszystkich wykonanych kierunków w całość (masaż wykonywany jest zgodnie z anatomicznym przebiegiem jelita grubego) (rycina 6).

Na kończynie dolnej wykonuje się:

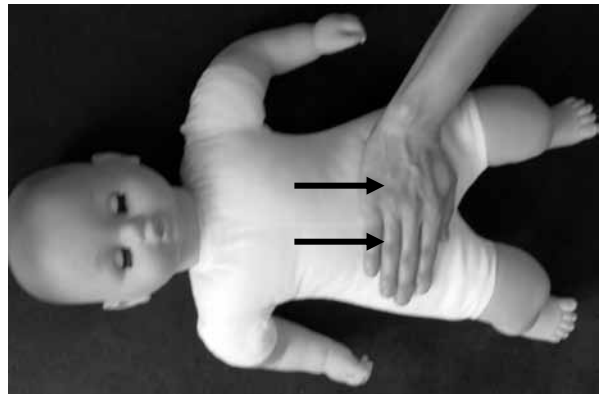
- głaskanie powierzchowne od stawu biodrowego (od uda do stopy) ruchem naprzemiennym, chwytem cylindrycznym, obejmującym – chwytamy udo dziecka i przesuwamy w kierunku palców w linii prostej (rycina 7),
- głaskanie chwytem cylindrycznym, obejmującym – chwytamy udo dziecka i wykonujemy delikatne ruchy jedną ręką w prawo, drugą w lewo,
- głaskanie kciukami naprzemiennie strony podszwowej stopy dziecka od pięty do palców (rycina 8),
- głaskanie palców, każdego z osobna, w kierunku do paliczek dalszych, ruch można zakończyć delikatnym uciskiem paliczka dalszego.

Opracowanie grzbietu obejmuje wykonanie:

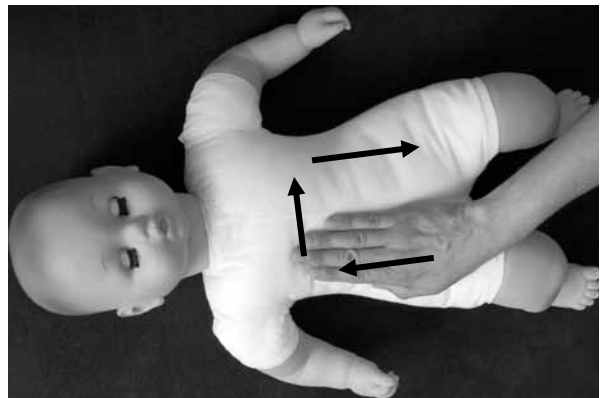
- głaskania oburącz, w przeciwnych kierunkach w poprzek grzbietu (rycina 9),
- głaskania stroną dłoniową ręki ułożonej poprzecznie względem kręgosłupa, przesuwamy się od okolicy karku do pośladków, druga dłoń położona poniżej pośladków,
- głaskania wykonywanego palcami po obu stronach kręgosłupa, na przebiegu prostownika grzbietu, od kości krzyżowej w kierunku karku,
- rozcierania spiralnego wykonywanego palcami umieszczonymi po obu stronach kręgosłupa, zgodnie z przebiegiem mięśnia prostownika grzbietu (rycina 10),



Rycina 4. Głaskanie „ściągania pierścionków”



Rycina 5. Głaskanie powłok brzusznych



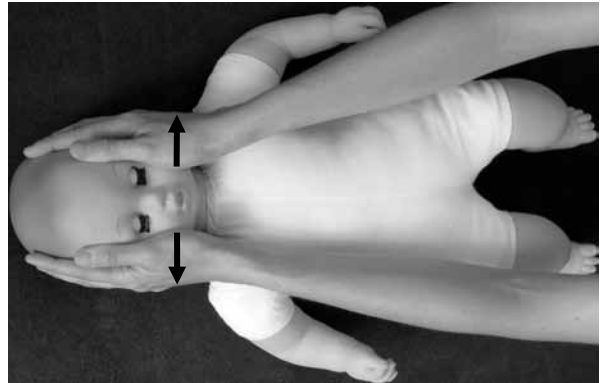
Rycina 6. Głaskanie zgodnie z przebiegiem jelita grubego



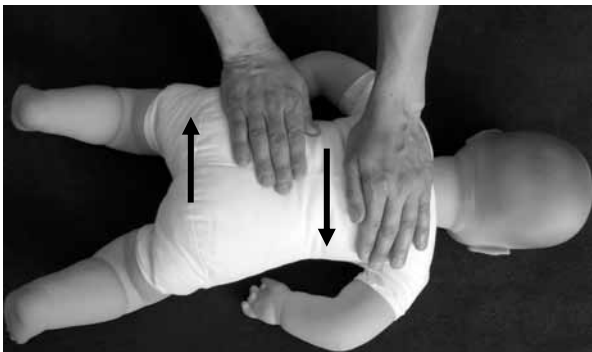
Rycina 7. Głaskanie „chwyt cylindryczny”



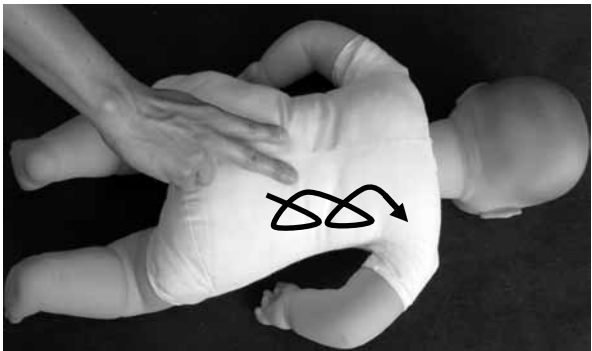
Rycina 8. Głaskanie stopy kciukiem



Rycina 12. Głaskanie twarzy „chwyt obejmujący”



Rycina 9. Głaskanie poprzeczne grzbietu



Rycina 10. Rozcieranie prostownika grzbietu



Rycina 11. Głaskanie kciukami w linii policzków

- głaskania końcowego stroną dłoniową ręki ułożonej poprzecznie względem kręgosłupa, przesuwając się od okolicy karku do stóp, druga dłoń położona na stopach dziecka (przytrzymuje stopy dziecka).

Na twarzy wykonuje się:

- głaskanie kciukami od środka czoła nad brwiami do skroni, od nasady nosa pod oczami do skroni, od skrzydełek nosa w poprzek policzka w kierunku ucha, od kącików ust do ucha i od brody wzdłuż żuchwy do ucha (rycina 11),
- głaskanie dookoła oczu,
- głaskanie od nasady nosa na skrzydełka nosa,
- głaskanie dookoła ust,
- głaskanie końcowe – dłonie przyłożone delikatnie, otulające twarz, ruch wykonywany od środka twarzy na boki (rycina 12) [9,10].

Podsumowanie

Niejednokrotnie podkreśla się, że masaż jest zabiegiem, który powinien być przeprowadzony przez osoby wyposażone w obszerną wiedzę anatomiczną, zdolności manualne, doświadczenie. Powyższe wymagania są uzasadnione podczas wykonywania specjalistycznych masażu, np. leczniczego, segmentarnego, drenażu limfatycznego i innych. Przekonanie o konieczności posiadania wysokich kwalifikacji do wykonania masażu powoduje, że wielu rodziców z niedowierzaniem przyjmuje informacje o możliwości masowania własnego dziecka po krótkim instruktażu. A jest to możliwe, gdyż masaż Shantala jest łatwym i prostym zabiegiem polegającym na delikatnym dotyku, który towarzyszy każdej czynności pielęgnacyjnej dziecka. To ten sam dotyk, któremu nadany jest tylko odpowiedni kierunek, rytm i tempo. Zaprezentowana powyżej metodyka zabiegu ma na celu wzbudzić zainteresowanie rodziców masażem Shantala i przekonać ich, że nie jest on trudny do przeprowadzenia. Wykonywanie prostych rytmicznych ruchów na ciele dziecka w połączeniu z miłym brzmieniem głosu, przyjemnym zapachem, spokojną atmosferą, kontaktem wzrokowym stanowi cenne uzupełnienie codziennych czynności pielęgnacyjnych dziecka. Każdy ruch jest wyrazem zaangażowania, oddania i chęci tworzenia więzi, która wpływa na rozwój psychofizyczny i intelektualny dziecka, buduje poczucie bezpieczeństwa i bliskości, wsparcia i zaufa-

nia. Zaspokaja u dziecka naturalną potrzebę dotyku [1,4,12,13].

Masaż Shantala jest przykładem, że tak niewiele ze strony dorosłego może zdziałać tak wiele dla dobra dziecka. Mógłby być nauczany w szkołach rodzenia lub przez pielęgniarki prowadzące instruktaż dla mam, dotyczący pielęgnacji dziecka. Tego rodzaju praktyki stosowane są na oddziałach położniczych i ginekologicznych w wielu szpitalach na świecie [2,14,15].

W literaturze istnieją doniesienia dotyczące zastosowania różnych form masażu włączanych jako element leczenia uzupełniającego niemowląt i dzieci. Masaż wykorzystywany jest w mózgowym porażeniu dziecięcym, w chorobach nowotworowych, w przypadku niepełnosprawności psychoruchowej,

w dysfunkcjach jelita grubego, w zaburzeniach tonusu spoczynkowego mięśni czy nadwrażliwości skóry [6,8,16–18]. Masaż stosuje się również u dzieci zdrowych jako formę profilaktyki i metodę wspomagającą rozwój [5]. W tych przypadkach częściej wykonywany jest prezentowany przez autorkę tej pracy masaż Shantala [4,6].

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Jedwabińska A. Podstawy masażu dla niemowląt i matych dzieci – poradnik praktyka. *Rehabil Prakt* 2011; 6: 56–60.
2. Ferber SG, Kuint J, Weller A, et al. Massage therapy by mothers and trained professionals enhances weight gain in preterm infants. *Early Hum Dev* 2002; 67(1–2): 37–45.
3. Kowacka B, Ciejka E. Tajemnica dotyku. *Rehabil Prakt* 2008; 2: 43–45.
4. Frączek W. Masaż dziecka metodą Shantala lekarstwem na nadwrażliwość dotykową. *Rehabil Prakt* 2012; 3: 49–52.
5. Bartelmus E. Techniki masażu stymulujące linię środka u niemowląt. *Rehabil Prakt* 2014; 5: 39–42.
6. Frączek M. Zastosowanie masażu Shantala we wczesnym wspomaganiu rozwoju. *Rehabil Prakt* 2015; 1: 60–63.
7. Regner A. Masaż niemowlęcy i ruch usprawniający jako formy stymulacji psychomotorycznej. W: Sekułowicz M, Kruk-Lasocka J, Kulmatycki L, red. *Psychomotoryka: ruch pełen znaczeń*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej; 2008.
8. Kassolik K, Andrzejewski W. Możliwość wykorzystania masażu u dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym. Cz. 1 – Masaż w nadwrażliwości skóry. *Rehabil Prakt* 2007; 1: 31–33.
9. Leboyer F. *Shantala – tradycyjna sztuka masażu*. Warszawa: Wydawnictwo Maman; 2012.
10. Kotas M. Masaż Shantala [online] 2013 [cyt. 15.03.2015]. Dostępny na URL: http://www.shantala.pl/content/uploads/2013/12/Yoga_Ayurveda_Magazyn-3_2013__48-50.pdf
11. Wilk I, Kassolik K, Andrzejewski W. Masaż Shantala. W: Śliwiński Z, Sieroń A. *Wielka fizjoterapia*. Tom 1. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner; 2014: 364–366.
12. Walowska J. Wpływ masażu na rozwój niemowlęcia. *Rehabil Prakt* 2015; 4: 70–75.
13. Kaczara J. *Masaż niemowlęcia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2006.
14. Carr H. Baby massage. *Pract Midwife* 2013; 16(8): 3–5.
15. Day J. Benefits of infant massage. *Pract Midwife* 2014; 17(5): 18–21.
16. Bromley D. Abdominal massage in the management of chronic constipation for children with disability. *Community Pract* 2014; 87(12): 25–29.
17. Bartelmus E, Pawlak A. Masaż pędzlami niemowląt jako forma profilaktyki oraz terapii wspomagającej integrację sensomotoryczną. *Rehabil Prakt* 2012; 3: 57–61.
18. Batalha LM, Mota AA. Massage in children with cancer: effectiveness of a protocol. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89 (6): 595–600. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.022. Epub 2013 Sep 13.

Adres do korespondencji:

dr Iwona Wilk
aleja I.J. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
Tel. (+48) 510 410 296
E-mail: iwona.wilk@awf.wroc.pl; iwonawolf@poczta.onet.pl

Praca wptynęła do redakcji: 29.08.2015
Po recenzji: 08.09.2015
Zaakceptowana do druku: 09.09.2015

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku PULS UCZELNI

Kwartalnik PULS UCZELNI jest recenzowanym czasopismem naukowym, adresowanym do studentów, absolwentów oraz pracowników wyższych szkół medycznych.

Naszą **misją** jest stworzenie platformy współpracy oraz wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmologii i zdrowia publicznego.

Redakcja przyjmuje do druku prace w języku polskim i/lub angielskim. Publikowane są one w następujących działach kwartalnika:

- **Prace oryginalne** (*Original papers*)
- **Prace poglądowe** (*Reviews*)
- **Opisy przypadków** (*Case reports/studies*)
- **Sprawozdania** (*Reports*) – ze zjazdów, kongresów, stażów krajowych i zagranicznych itp.
- **Komunikaty** (*Announcements*)

Priorytet w druku mają prace oryginalne oraz publikacje w języku angielskim. Artykuły powinny spełniać **standardy i wymagania** określone przez International Committee of Medical Journal Editors, znane jako „Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals” (zob. <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>). Obowiązują również „Zasady dobrej praktyki edytorskiej” („Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004”), sformułowane przez Index Copernicus International Scientific Committee.

Każda praca jest recenzowana przez dwóch niezależnych recenzentów, wytypowanych przez Redakcję z grona samodzielnych pracowników naukowych. Redakcja zapoznaje autorów z tekstem recenzji, bez ujawniania nazwisk recenzentów.

Recenzent może uznać pracę za:

- nadającą się do druku bez dokonywania poprawek,
- nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek recenzenta, bez konieczności ponownej recenzji,
- nadającą się do druku po jej przeredagowaniu zgodnie z uwagami recenzenta i po ponownej recenzji pracy,
- nienadającą się do druku.

Praca może być również odesłana autorom z prośbą o dostosowanie do wymogów redakcyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania koniecznych poprawek i skrótów bez porozumienia z autorami.

Prawa autorskie (copyright). Autor udziela Wydawcy, tj. Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu, nieodpłatnej licencji na czas nieoznaczony do korzystania z prac zakwalifikowanych do druku w kwartalniku, w tym do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych nośnikach oraz w Internecie. Praca nie może być publikowana ani przedrukowana (w całości lub w częściach) w innych wydawnictwach w kraju ani za granicą bez uzyskania pisemnej zgody Wydawcy.

Wszystkie artykuły publikowane w kwartalniku dostępne są na licencji Creative Commons.

Zasady etyki. Publikowane prace nie mogą ujawniać danych osobowych pacjentów, chyba że wyrazili oni na to pisemną zgodę (wówczas należy dołączyć ją do manuskryptu). Prace dotyczące badań, których przedmiotem jest człowiek i które mogą nieść w sobie element ryzyka, muszą zawierać oświadczenie, że uzyskano akceptację odpowiedniej komisji bioetycznej. Również publikacje dotyczące badań doświadczalnych na zwierzętach muszą zawierać oświadczenie, że badania były zaakceptowane przez taką komisję. Fakt akceptacji powinien być zaznaczony w pracy w opisie metodyki badań.

Autor ma obowiązek wykazania (w ramach piśmiennictwa przesyłanej pracy), że zna dorobek czasopisma, do którego kieruje swój artykuł. Ma także obowiązek cytowania przyjętej do druku pracy w innych czasopismach, zgodnie z podejmowaną tematyką. Artykuły autorów, którzy nie dostosują się do tych wymagań, nie będą przyjmowane do postępowania redakcyjnego.

Źródła finansowania pracy i sprzeczność interesów. Autor lub autorzy powinni podać źródła wsparcia finansowego – nazwę sponsora/instytucji i numer grantu – jeśli z takiego korzystali. Możliwe jest użycie następujących sformułowań: „Praca wykonana w ramach projektu badawczego (grantu itp.) nr ..., finansowanego przez ... w latach ...”, „Praca zrealizowana ze środków uczelnianych (badania własne, działalność statutowa itp.)” lub „Praca sfinansowana ze środków własnych autora(ów)”. Autor lub autorzy muszą również ujawnić swoje związki ze sponsorem, wymienionym w pracy podmiotem (osobą, instytucją, firmą) lub produktem, które mogą wywołać sprzeczność interesów.

Ghostwriting, guest authorship są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).

Redakcja wymaga określenia źródła finansowania publikacji, informacji o wkładzie instytucji naukowo-badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów (zasada *financial disclosure*).

Redakcja stale monitoruje i dokumentuje wszelkie przejawy nierzetelności naukowej, zwłaszcza łamanie i naruszanie zasad etyki obowiązujących w nauce.

PULS UCZELNI jest indeksowany w: Index Copernicus (ICV 2014: 65.78), Ulrich's™ International Periodicals Directory, CEJSH, EBSCO, PBN.

Prace należy przesyłać WYŁĄCZNIE
poprzez stronę internetową:
<http://higherschoolspulse.com/login.php>

Adres Redakcji: Redakcja Pulsu Uczelni, PMWSZ, ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: redakcja@wsm.opole.pl

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku PULS UCZELNI

Prosimy o przygotowanie tekstu w Wordzie, czcionka 12 pkt, według następujących wskazówek:

1. Tytuł pracy w języku polskim i angielskim, imię i nazwisko autora(-ów), miejsce zatrudnienia – do 600 znaków (ze spacjami).

Należy ustalić rolę i udział każdego współautora w przygotowaniu pracy według załączonego klucza:

- A – przygotowanie projektu badania (*study design*)
- B – zbieranie danych (*data collection*)
- C – analiza statystyczna (*statistical analysis*)
- D – interpretacja danych (*data interpretation*)
- E – przygotowanie maszynopisu (*manuscript preparation*)
- F – opracowanie piśmiennictwa (*literature search*)
- G – pozyskanie funduszy (*funds collection*)

2. Streszczenia w języku polskim i angielskim wraz ze słowami kluczowymi w języku polskim i angielskim (3–6) – do 2000 znaków (ze spacjami).

Struktura streszczeń prac oryginalnych powinna pokrywać się ze strukturą tekstu głównego (z wyjątkiem dyskusji). W streszczeniu (*Summary*) należy więc wyodrębnić cztery części (dotyczy również opisów przypadków): Wstęp (*Background*), Materiał i metody (*Material and methods*), Wyniki (*Results*) i Wnioski (*Conclusions*).

3. Tekst pracy bez streszczeń wraz z piśmiennictwem i podanym na końcu adresem do korespondencji, telefonem, adresem e-mail – do 15 000 znaków (ze spacjami).

Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje cytowane w tekście pracy, w którym oznacza się je kolejnymi liczbami w nawiasach klamrowych, np. [1], [6,13]. To samo dotyczy cytowań umieszczanych w tabelach lub opisach rycin – nadaje się im kolejne numery, zachowując ciągłość z numeracją w tekście pracy.

Piśmiennictwo należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Należy unikać cytowania abstraktów zjazdowych, a informacje niepublikowane (tzw. informacje własne, doniesienia ustne itp.) nie mogą służyć jako źródło cytatu. Spis piśmiennictwa umieszcza się na końcu pracy w kolejności zgodnej z pojawianiem się cytowanych prac w tekście. Skrótów tytułów czasopism muszą odpowiadać skrótom podawanym w Index Medicus; pisze się je kursywą, bez kropek. Po podaniu roku wydania stawiamy średnik, po podaniu tomu – dwukropkę, po podaniu stron (od-do) – kropkę. W przypadku wydawnictw zwartych podaje się: nazwisko redaktora(-ów), inicjały imienia lub imion, tytuł publikacji pisany kursywą, miejsce wydania, nazwę wydawnictwa, rok wydania, ewentualnie numery stron. Poniżej znajdują się przykłady, które **należy** naśladować:

- a) artykuł w czasopiśmie (podaj wszystkich autorów; jeśli liczba autorów jest większa niż 6, podaj pierwszych sześciu autorów, następnie skrót et al.)
 - DuPont HL, Ericsson CD, Farthing MJ, Gorbach S, Pickering LK, Rombo L, et al. Expert review of the evidence base for prevention of travelers' diarrhea. *J Travel Med* 2009; 16: 149–160.
- b) artykuł bez podanych autorów lub organizacja występująca jako autor
 - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325(7357): 184.
- c) artykuł z Internetu (np. z czasopisma w wersji elektronicznej online)
 - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cyt. 3.07.1998]. Dostępny na URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) książka/podręcznik autorstwa jednej lub kilku osób
 - Juszczyk J, Gładysz A. *Diagnostyka różnicowa chorób zakaźnych*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996: 67–85.
 - Milner AD, Hull D. *Hospital paediatrics*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
- e) rozdział w książce/podręczniku
 - Krotochwil-Skrzypkova M. Odczyny i powikłania poszczepienne. W: Dębiec B, Magdzik W, red. *Szczepienia ochronne*. Wyd 2. Warszawa: PZWL; 1991: 76–81.
 - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. *Pathologic Physiology: Mechanisms of Disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457–472.
- f) praca w materiałach konferencyjnych/zjazdowych
 - Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13–15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Ryciny, fotografie, wykresy należy umieścić w tekście i dodatkowo przestać w oddzielnych plikach (zdjęcia – w formacie .jpg, wykresy – pliki Excel).

Do pracy przesyłanej do Redakcji należy dołączyć oświadczenie o udzieleniu licencji według wzoru Wydawcy.

Autorzy otrzymują bezpłatnie jeden egzemplarz czasopisma z wydrukowanym artykułem, nie otrzymują natomiast honorariów autorskich.

Wszystkie zgłoszone manuskrypty są analizowane przez internetowy system antyplagiatowy (www.plagiat.pl).

Komitet Redakcyjny ocenia i podejmuje ostateczną decyzję o druku zgłoszonej pracy, kierując się kryteriami opracowanymi przez COPE:

<http://publicationethics.org/resources/flowcharts>

The instruction for the authors submitting papers to the quarterly HIGHER SCHOOL'S PULSE

The quarterly journal **HIGHER SCHOOL'S PULSE** is a peer-reviewed scientific journal, open to students, graduates and staff of medical high schools.

Our mission is to lay foundations for cooperation and an exchange of ideas, information and experience in nursing, midwifery, physiotherapy, cosmetology and public health.

The Editorial Board accepts **manuscripts written in Polish and/or English**. They may be considered for publication in the following sections of the quarterly:

- **Original papers**
- **Reviews**
- **Case reports/studies**
- **Reports**
- **Announcements**

The priority will be given to original papers and/or articles written in English. The submitted manuscripts should meet the general **standards and requirements** agreed upon by the International Committee of Medical Journal Editors, known as "Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals" (see: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>). They should also conform to the high quality editorial procedures and practice (formulated by the Index Copernicus International Scientific Committee as Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004).

Submitted manuscripts are sent to two independent experts for scientific evaluation. The authors will receive the reviews within several weeks after submission of the manuscript. The reviewers, whose names are undisclosed to the author, may qualify the paper for:

- immediate publication,
- returning to authors with suggestions for modification and improvement, and then publishing without repeated review,
- returning to authors for rewriting (according to the reviewer's instructions or requests), and then for publishing after a repeated review,
- rejection as unsuitable for publication.

The Editorial Board reserves a right to adjust the format of the article or to shorten the text, if necessary. The authors of the accepted papers will be notified in writing. The manuscripts requiring modification and improvement or rewriting will be returned to the authors.

Copyright transfer. Author gives the Publisher i.e. the Public Higher Medical Professional School in Opole royalty-free license for an indefinite period for the use of manuscripts qualified for publication in the quarterly, including to print, record them on CDs and other electronic media as well as to publish in the internet. Thus no part of these documents may be reproduced or transmitted in any form or by any means, for any purpose in other publications in the country

or abroad, without the express written permission of the Publisher.

All articles published in the quarterly are distributed under the terms of the Creative Commons License.

Ethical issues. Authors are obliged to respect patients' confidentiality. Do not publish patients' names, initials, or hospital numbers. Written permission to use patients' pictures and their informed consent must accompany such materials. In reports on the experiments on human subjects, it should be clearly indicated whether the procedures were approved by a local ethical committee. Information on this approval should be provided in the "Material and methods" section of the manuscript.

The author is obliged to prove (in References section) that he knows the achievements of the journal, which he had submitted his manuscript to. He has also accepted an obligation to quote the accepted for publication paper in other journals, in accordance with their subject. Manuscripts of authors who do not adapt to these requirements will not be accepted for the editorial proceedings.

Sources of financial support and conflict of interests. The authors should give the name of the supporting institution and grant number, if applicable. They should also disclose any relationships (especially financial arrangements) they may have with the sponsor, other subject, institution, commercial company, or a product-understudy that could be construed as causing a conflict of interest with regard to the manuscript under review.

Ghostwriting, guest authorship is a manifestation of scientific misconduct, and any detected cases will be unmasked, including notification of the relevant entities (institutions employing the authors, scientific societies, associations, scientific editors, etc.).

Editors require the identification of funding sources of publications, information about contribution to research from institutions, associations and other entities (the rule: *financial disclosure*).

Editors continuously monitor and document any signs of scientific misconduct, especially violations and breaches of ethics applicable in the study.

HIGHER SCHOOL'S PULSE has been indexed in: Index Copernicus (ICV 2014: 65.78) Ulrich's™ International Periodicals Directory, CEJSH, EBSCO and PBN.

The papers should be sent **ONLY** through website:
<http://higherschoolspulse.com/login.php>

Address of Editorial Office:

Redakcja Pulsu Uczelni, PMWSZ,
ul. Katowicka 68, 45-060 Opole
e-mail: redakcja@wsm.opole.pl

The instruction for the authors submitting papers to the quarterly HIGHER SCHOOL'S PULSE

We are asking for preparation the manuscript in Word, 12 points, according the following guidelines:

1. Title in Polish and English, first names and family names of all authors and the institutional affiliation of each author – till 600 characters (with spaces).

It should be established the role and the participation of every co-author in preparing the manuscript according to the enclosed key:

- A – study design,
- B – data collection,
- C – statistical analysis,
- D – data interpretation,
- E – manuscript preparation,
- F – literature search,
- G – funds collection.

2. Summary in Polish and English and keywords in Polish and English (3–6) – till 2000 characters (with spaces).

A structured abstract (Summary) of the original papers should follow the main text structure (excepting Discussion). In Summary four parts should be distinguish (also in case reports): Background, Material and methods, Results and Conclusions.

3. Main text without summaries but with references and the full name and address (including telephone, fax and e-mail) of the corresponding author – till 15,000 characters (with spaces).

References should be indicated in the text by Arabic numerals in square brackets (e.g. [1], [6,13]), numbered consecutively, including references first cited in tables or figure legends. Only the most essential publications should be cited. Avoid using abstracts as references. Unpublished observations or personal communications cannot be used. The list of references should appear at the end of the text in numerical order. Titles of journals should be abbreviated according to the format used in Index Medicus, and written in italics, without punctuation marks.

The style of referencing that should be strictly followed is the Vancouver System of Bibliographic referencing. Please note the examples for format and punctuation which **should be** followed:

- a) Journal article (list all authors; if more than 6 authors, list the first six authors followed by et al.)
 - DuPont HL, Ericsson CD, Farthing MJ, Gorbach S, Pickering LK, Rombo L, et al. Expert review of the evidence base for prevention of travelers' diarrhea. *J Travel Med* 2009; 16: 149–160.

- b) No author
 - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325(7357): 184.
- c) Electronic journal/WWW page
 - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cited 3.07.1998]. Available from URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) Books/Monographs/Dissertations
 - Milner AD, Hull D. *Hospital paediatrics*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
 - Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
 - *NHS Management Executive. Purchasing intelligence*. London: NHS Management Executive; 1991.
 - Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- e) Chapter within a book
 - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457–472.
- f) Conference proceedings
 - Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13–15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

Figures, photographs, charts should be included into the text and should be sent in the separate files (pictures – .jpg files, charts – Excel files).

Each submitted manuscript must be accompanied by a statement of a license by the Publisher's formula.

Offprints. Each author will receive one copy of the issue free of charge; however, the authors are not paid any remuneration/royalties.

All submitted manuscript are analyzed by a web-based anti-plagiarism system (www.plagiat.pl).

The Editorial Board's final evaluation of each article is based on criteria developed by the COPE:
www.publicationethics.org/resources/flowcharts

15 października 2015 r.



**Drodzy Studenci,
Szanowni Wykładowcy i Pracownicy,
Przyjaciele i Sympatycy
Państwowej Medycznej
Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu!**

To wielka przyjemność powitać wszystkich w tak uroczystym dniu w murach naszej Uczelni – jedynej medycznej uczelni wyższej w regionie i jedynej medycznej wyższej szkoły zawodowej w Polsce.

Po raz trzynasty rozpoczynamy rok akademicki, ale otwieramy go ponownie ze szczególną satysfakcją, w atmosferze ogromnego sukcesu Uczelni – uruchomienia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Kochani studenci, wysoki poziom kształcenia, fenomenalna kadra dydaktyczna, profesjonalna baza materialna, dobry zawód i pewna praca – oto nasza oferta. Korzystajcie z niej każdego dnia!

Życzę Wam nadzwyczajnego studiowania, spektakularnych osiągnięć, pogłębiania wiedzy, rozwijania pasji i zainteresowań, nowych przyjaźni i dużo rewelacyjnej zabawy. Jesteście we wspaniałej Uczelni i we wspaniałym mieście. Wykorzystajmy razem wszystkie szanse na dydaktyczny i naukowy rozwój naszej Uczelni.

Wszystkim życzę pomyślności, powodzenia w realizacji nowych projektów i zadowolenia z akademickiej codzienności, aby rok akademicki 2015/2016 był pełen sukcesów i kreatywnych pomysłów.

REKTOR

Państwowej Medycznej
Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

dr Tomasz Halski





PULS UCZELNI

Recenzowane **czasopismo naukowe** oraz platforma wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmetologii i zdrowia publicznego

Dla kogo?

Dla studentów, absolwentów oraz pracowników wyższych szkół medycznych

Co publikujemy?

Artykuły w języku polskim i angielskim:

- Prace oryginalne
- Prace poglądowe
- Opisy przypadków

Priorytet w druku mają prace oryginalne oraz publikacje w języku angielskim z ośrodków zagranicznych

Dlaczego warto publikować w Pulsie Uczelni?

- Budujesz swój dorobek naukowy
- Dajesz innym szansę na szybkie cytowanie Twoich badań
- Uczestniczysz w istotnym procesie upowszechniania nauki
- Możesz opublikować swoją pracę dyplomową w postaci artykułu naukowego
- Komitet Redakcyjny ocenia i podejmuje ostateczną decyzję o druku zgłoszonej pracy, kierując się kryteriami opracowanymi przez COPE

PULS UCZELNI jest indeksowany w:

Index Copernicus (ICV 2012: 5.10), (ICV 2013: 6.30), (ICV 2014: 65.78)
Ulrich's™ International Periodicals Directory
CEJSH | EBSCO | PBN



Gdzie nas znajdziesz? <http://www.higherschoolspulse.com>